

Vergaderjaar 2009–2010

32 402

**Wet cliëntenrechten zorg**

Nr. 3

**MEMORIE VAN TOELICHTING***Inhoudsopgave*

<b>A.</b>	<b>Algemeen</b>	<b>2</b>
<b>Deel I</b>	<b>Doel en hoofdlijnen van het wetsvoorstel</b>	<b>2</b>
1.	Doel en context van het wetsvoorstel	2
2.	De cliënt centraal	4
3.	Noodzaak tot verbetering van de positie van de cliënt	7
4.	Oplossingen voor de knelpunten	10
5.	Een nieuwe wet voor de relatie tussen de cliënt in de zorg en de zorgaanbieder, waarin de cliënt centraal staat	17
6.	Rechtskarakter van deze wet	23
7.	Bestuurlijke handhaving	31
<b>Deel II</b>	<b>De rechten en plichten van de cliënt en de zorgaanbieder</b>	<b>36</b>
8.	Reikwijdte van de rechten en plichten	36
9.	Recht op goede zorg	38
10.	Recht op keuze-informatie	48
11.	Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer	50
12.	Recht op effectieve klachten- en geschillenbehandeling	52
13.	Recht op medezeggenschap	58
14.	Goed bestuur	63
15.	Maatschappelijke verantwoording	67
16.	Beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg	68
<b>Deel III</b>	<b>Overige aspecten</b>	<b>69</b>
17.	Relatie met andere wetten	69
18.	Internationale aspecten	79
19.	Consultatie en advies	81
20.	Regeldruk	86
<b>B.</b>	<b>Artikelsgewijs</b>	<b>880</b>

## A. ALGEMEEN

### DEEL I DOEL EN HOOFDLIJNEN VAN HET WETSVOORSTEL

#### 1. Doel en context van het wetsvoorstel

Kwaliteit van leven en een zo goed mogelijke gezondheid zijn waardevol en geen vanzelfsprekendheid. Zij dragen in belangrijke mate bij aan het welzijn van mensen en zijn daarmee van groot belang voor de samenleving. Deze waarden vragen dan ook om een inspanning van het kabinet. Het kabinet wil zorg dragen voor goede, veilige, tijdig beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg voor alle cliënten. Met de sociale zorgverzekeringen, vervat in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), is gewaarborgd dat ingezetenen toegang hebben tot doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft ten doel te waarborgen dat de zorg betaalbaar is. De wetgever moet ook waarborgen dat de zorg veilig en van goed niveau is.

In dit zorgstelsel moet de cliënt centraal staan<sup>1</sup>. De zorg is er tenslotte om hem te helpen als hij zorg nodig heeft. Daarom is de laatste jaren terecht veel nadruk komen te liggen op de kwaliteit van de zorg, en daarbinnen meer specifiek ook op de veiligheid van de zorg. Kwaliteit van zorg begint met cliëntgerichtheid bij de zorgaanbieder<sup>2</sup>. Maar het is evenzeer noodzakelijk dat de cliënt beschikt over een duidelijke en stevige rechtspositie en over adequate middelen om zonnodig voor het naleven daarvan effectief op te komen.

Mede ter accentuering van de centrale rol van de cliënt in de zorg en met het oog op het vergroten van zijn keuzemogelijkheden, zijn de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet. De invoering van de Zvw heeft een gewijzigd verzekeringstelsel tot stand gebracht. Met de totstandkoming van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de Wmg zijn stappen gezet op weg naar een stelsel waarin meer ruimte is voor zorgaanbieders om cliëntgerichter te ondernemen in de (nog steeds sterk gereguleerde) zorg. Dit wetsvoorstel ter versterking van de positie van de cliënt is de derde stap in de vernieuwing van het zorgstelsel.

Wij zijn van oordeel dat het stelsel van gezondheidszorg zal leiden tot verlening van betere zorg, afgestemd op de behoefte van de cliënt, indien centrale overheidssturing, waar mogelijk en verantwoord, plaats maakt voor een meer decentraal georganiseerd stelsel. Uit de Euro Health Consumer Index 2009 blijkt dat Nederland zijn koppositie in Europa verder heeft uitgebouwd<sup>3</sup>. De auteurs zijn van mening dat de stelselherziening en de versterking van de cliënt hun vruchten afwerpen. In het nieuwe stelsel staan de eigen verantwoordelijkheden van alle betrokkenen voorop, evenals het streven alle betrokkenen zoveel mogelijk keuzevrijheid te geven bij het bepalen van de wijze waarop zij die verantwoordelijkheden waar maken. Tegelijkertijd dienen er voor alle betrokkenen voldoende bevoegdheden, instrumenten, stimulansen en harde waarborgen te zijn, zodat aan die ruimte en eigen verantwoordelijkheid op passende wijze invulling wordt gegeven.

Zorgaanbieders krijgen met dit wetsvoorstel meer ruimte om goede kwaliteit te leveren (gemeten naar uitkomsten) en zich te onderscheiden op kwaliteit met de daarvoor in rekening te brengen prijs. Daarmee moet ruimte ontstaan voor verbetering van de zorg. Het kabinet wil de kwaliteit van zorg zichtbaar verhogen. Om te waarborgen dat de zorg van goede kwaliteit is, moet er sprake zijn van een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling terzake. Daarbij moeten de samenhang en de coördinatie worden vergroot in de steeds meer samenwerking vergende zorgver-

<sup>1</sup> Onder cliënt (man/vrouw) verstaan we zowel de cliënt in de langdurige zorg als de patiënt in de curatieve zorg.

<sup>2</sup> Dit wetsvoorstel kent de zorgaanbieder als normadressaat en gebruikt daarom zoveel mogelijk deze benaming. Soms is de zorgaanbieder ook de zorgverlener; in veel gevallen wordt de zorg verleend door zorgverleners die voor een zorgaanbieder werkzaam zijn.

<sup>3</sup> Health consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2009, p. 22.

lening. Transparantie over de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg is bovendien voor cliënten en zorgverzekeraars wezenlijk om hun keuzes gefundeerd vorm te geven en draagt bij aan de beheersing van de zorgkosten (minder over- en onderbehandeling, complicaties en hersteloperaties).

Binnen deze context wordt met dit wetsvoorstel een vervolgstap gezet door de – individuele en collectieve – rechtspositie van de cliënt te versterken en de cliënt te voorzien van effectieve middelen voor handhaving van zijn rechten en de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit van zorg duidelijker te beleggen. Door de regels met betrekking tot de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt op te nemen in één brede wettelijke regeling, waarin de rechten en plichten van beide partijen zo goed mogelijk op elkaar zijn afgestemd, wordt bovendien bijgedragen aan de toegankelijkheid en inzichtelijkheid van de regelgeving voor betrokkenen en een betere handhaving door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De cliënten krijgen met deze nieuwe, solide wettelijke regeling recht op goede zorg, niet alleen bij de individuele geneeskundige behandeling, maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders in de gehele keten van zorg.

Dit wetsvoorstel bewerkstelligt dat de cliënt, als hij dat wil, gemakkelijker kan kiezen voor de zorgaanbieder die bij hem en zijn zorgvraag past, en dat de cliënt goede zorg krijgt die is afgestemd op zijn behoeften. Langs verschillende wegen wordt gezorgd dat de zorg die de cliënt krijgt, goed en dus ook veilig is en dat hij de informatie krijgt om een eigen afweging te maken of hij al dan niet met de aangeboden zorg instemt. Het bestuur van een zorginstelling krijgt meer mogelijkheden om zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg waar te maken en de invloed van de cliënt op het beleid van een zorginstelling wordt groter.

Als een cliënt niet tevreden is over de zorg die hij heeft ontvangen, kan hij gemakkelijker en effectiever daarover klagen. De daadwerkelijke effectivering van de rechten van de cliënt wordt sterk verbeterd doordat zorgaanbieders zich moeten aansluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Bovendien zal de IGZ<sup>1</sup> de cliëntenrechten in deze wet handhaven indien sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen of het belang van goede zorg anderszins dat redelijkerwijs vergt.

Met deze wet wordt naar ons oordeel een evenwichtige invulling gegeven aan de rechtspositie van de cliënt, zoals die in internationale verdragen en de Grondwet is verankerd, en aan de grondwettelijke opdracht voor de overheid om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid.

Naast de praktische betekenis die het wetsvoorstel zal hebben voor de onderlinge verhouding tussen de zorgaanbieder en de cliënt, vormt het wetsvoorstel ook een symbolische markering van de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg (ook wel aangeduid als paradigmashift). Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten vanuit het perspectief van de cliënt de zorg inrichten en vormgeven.

---

<sup>1</sup> Op grond van het wetsvoorstel geeft de minister aanwijzingen. In de praktijk zal deze bevoegdheid veelal krachtens mandaat worden uitgeoefend door de IGZ, die ook bevoegd is bevelen te geven. Om die reden zal hierna in de toelichting steeds worden gesproken over handhaving door de IGZ.

Op versterking, harmonisatie en transparantie gerichte wetgeving is als zodanig overigens onvoldoende ter verwezenlijking van de cliëntenrechten; het gaat ook om een bewust en behoorlijk gebruik van deze rechten door cliënten en een cliëntgerichte houding van zorgaanbieders. De echte verbeteringen moeten in de dagelijkse praktijk worden gerealiseerd.

seerd. Daarom is de betrokkenheid van alle partijen ook zo essentieel. De beleidsvoorstellen in de brief «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie»<sup>1</sup> richten zich om die reden niet alleen op wetgeving, maar ook op het ondersteunen van initiatieven in de praktijk en het versterken van de organisaties die cliënten vertegenwoordigen (zie paragraaf 4.2). Juist de samenhang en de gelijktijdige inzet van deze instrumenten zal maximaal bijdragen aan het daadwerkelijk versterken van de positie van de cliënt in de zorg.

## **2. De cliënt centraal**

### *2.1 De cliënt centraal in de zorgrelatie*

De basis voor goede zorg is de vertrouwensband tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Daar begint goede zorgverlening. De cliënt ervaart dat hij gerespecteerd wordt en dat hij zijn eigen afwegingen mag maken. Hiervoor is een goed contact van belang met ruimte om vragen te stellen, wensen te uiten en zo nodig ook een kritisch geluid te laten horen, en een zorgaanbieder die daar met aandacht op reageert. Wederzijds vertrouwen is ook de basis voor de zorgaanbieder om alle relevante vragen te kunnen stellen aan de cliënt en met hem de mogelijkheden voor de zorgverlening door te nemen. Mensen moeten zo lang mogelijk zelf grip kunnen houden op hun eigen leven. De zorgaanbieder kan op basis van het goede contact, vanuit zijn kennis en kunde goede zorg verlenen, rekening houdend met de behoefte van de cliënt. De cliënt en de zorgaanbieder dragen gezamenlijk bij aan de vertrouwensrelatie, en daarmee aan goede zorg.

Het grote belang dat wordt gehecht aan de vertrouwensband tussen de cliënt en de zorgaanbieder laat onverlet dat de cliënt er op moet kunnen rekenen dat de zorg goed is, dat zijn rechten goed geregeld zijn en dat die rechten door de zorgaanbieder gerespecteerd worden. Wij willen dat alle cliënten dit overal in de zorg ervaren. Dit vraagt om een goede, samenhangende regeling van de positie van de cliënt in de zorg, empowerment van de cliënt en een goede communicatie.

Naast rechten heeft de cliënt ook plichten jegens de zorgaanbieder. Kern van de plichten is dat de cliënt de zorgaanbieder in staat moet stellen goede zorg te verlenen..Hij moet de zorgaanbieder naar beste weten de inlichtingen en medewerking geven die deze redelijkerwijs nodig heeft voor het kunnen verlenen van goede zorg. Uiteraard is daarbij van belang wat redelijkerwijs van een cliënt verwacht kan worden, mede gegeven zijn aandoening of andere problematiek. Deze bepaling is overgenomen uit het BW (artikel 7:452). Van cliënten mag worden verwacht dat zij meewerken aan de behandeling, verpleging en verzorging. Dat betekent dat zij de zorgaanbieder zo goed mogelijk informeren, dat ze meedenken en meebeslissen over behandeling en instructies, dat ze adviezen opvolgen en leefregels in acht nemen. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat een ruime meerderheid van de bevolking vindt dat cliënten mede verantwoordelijk zijn voor het resultaat van een behandeling. De helft vindt dat de cliënt zelf actief om informatie moet vragen en driekwart vindt dat de cliënt op eigen initiatief informatie moet geven<sup>2</sup>. Wij zien in het licht van de met het wetsvoorstel beoogde versterking van de positie van de cliënt en de bijzondere aard van de zorgrelatie geen aanleiding nog andere verplichtingen voor de cliënt op te nemen. Debatten georganiseerd door de Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg (RVZ) over de grenzen aan de (afdwingbaarheid van) eigen verantwoordelijkheid voor cliënten en grenzen aan de dienstverlening door zorgaanbieders, hebben niet geleid tot voorstellen voor aanpassingen van de wet. Ook zonder expliciete wettelijke verplichting in dit wetsvoorstel, mag de zorgaanbieder van de cliënt verwachten dat deze de algemeen geldende omgangsvormen in acht neemt en de zorgaanbieder en voor deze

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 31 476, nr. 1.

<sup>2</sup> NIVEL, Consumentenpanel Gezondheidszorg 2008.

werkzame personen met respect tegemoet treedt. Zij dienen zich niet agressief te gedragen, geen onredelijke eisen te stellen en op tijd op afspraken te verschijnen. Dergelijke zaken lenen zich ook niet goed voor het opleggen van een wettelijke verplichting. Tot slot mag ook van cliënten worden verwacht dat zij hun zakelijke verplichtingen nakomen. De door de RVZ georganiseerde debatten waren zowel bedoeld om cliënten (meer) bewust te maken van hun verantwoordelijkheden, als om zorgaanbieders te motiveren hun service, klantgerichtheid en vaardigheden te verbeteren. Volgens de RVZ loopt de weg waarlangs goed cliëntschap kan worden gestimuleerd, vooral via het beter benutten van huidige maatregelen. Zorgaanbieders moeten cliënten meer aanspreken op onverantwoord gedrag en ook grenzen stellen als dat nodig is. Open communicatie, wederzijdse inspanningen en gezamenlijke besluiten tussen zorgaanbieder en cliënt zijn daarvoor van belang<sup>1</sup>. De Minister van Binnenlandse Zaken richt een expertisecentrum op dat werkgevers ondersteunt, die plegers van geweld tegen personeel met een publieke taak financieel aansprakelijk stellen.

Het wetsvoorstel voorziet niet in expliciete sancties voor het geval de cliënt zijn plichten niet nakomt. Dat een gebrek aan medewerking gezondheidsrisico's met zich brengt en tot gevolg kan hebben dat de zorgaanbieder bij onvoldoende medewerking niet dan wel niet naar behoren zijn verplichtingen kan nakomen en daarom niet dan wel verminderd aansprakelijk kan worden gehouden, moet voldoende stimulans zijn om mee te werken. Als de cliënt onvoldoende medewerking geeft, kan de zorgaanbieder mogelijk zijn verplichtingen ook niet (geheel) waarmaken. In dat geval zal hij de cliënt daarop moeten wijzen en kan hij in het uiterste geval de zorgverlening beëindigen; de zorgaanbieder moet dan wel al het mogelijke doen om te bewerkstelligen dat een andere zorgaanbieder de zorgverlening overneemt. Een gebrek aan medewerking bij de cliënt zal mogelijk tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder zich met succes verweert tegen acties van de cliënt om hem aan te spreken op de kwaliteit van de zorg.

## *2.2. Keuzevrijheid voor de cliënt*

Voorop staat de keuzevrijheid die de Zvw en de AWBZ aan de cliënt bieden. De cliënt heeft daarbij recht op de informatie die hij nodig heeft om een gefundeerde keuze te kunnen maken. Indien een cliënt in het kader van de Zvw heeft gekozen voor een verzekering met gecontracteerde zorg (naturaverzekering), zal hij zich voor het betrekken van zijn zorg veelal wenden tot één van de door zijn zorgverzekeraar aangewezen (gecontracteerde) zorgaanbieders. De verzekerde heeft de vrijheid om ook niet-gecontracteerde zorgaanbieders te raadplegen, maar de zorgverzekeraar is in dat geval niet gehouden alle kosten te vergoeden. De zorgverzekeraar dient daarover in zijn polis wel informatie te geven. Een cliënt heeft dus in principe vrijheid om zelf een zorgaanbieder te kiezen, maar kan zich uit kostenoverwegingen beperkt zien in zijn keuzevrijheid. Indien een cliënt kiest voor een polis zonder gecontracteerde zorg (restitutie-verzekering), kan de cliënt zelf een zorgaanbieder kiezen en heeft de cliënt recht op een (marktconforme) vergoeding van de zorg.

Indien een cliënt in het kader van de AWBZ zorg wenst te ontvangen, zal hij zich moeten wenden tot een zorgaanbieder met wie het zorgkantoor in zijn regio een overeenkomst heeft gesloten. Alleen met toestemming van het zorgkantoor kan de verzekerde zich tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder wenden. De cliënt die recht heeft op AWBZ-zorg, kan ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb). Als een cliënt kiest voor een pgb, heeft hij recht op een bedrag om zelf zorg mee in te kopen en te betalen. Met het pgb kiezen mensen zelf hun hulpverlener en bepalen zelf wanneer zij die hulp willen ontvangen.

---

<sup>1</sup> RVZ, geven en nemen in de spreekkamer, Rapportage debatten over veranderende verhoudingen, 2009, pag. 6.

Ten slotte heeft een cliënt binnen redelijke grenzen het recht om te kiezen voor een individuele zorgverlener binnen een instelling (zie verder paragraaf 11.2).

### *2.3 Tijdige zorg voor de cliënt*

Het recht op toegang tot zorg, het recht op tijdige zorg en de financiële toegankelijkheid van zorg zijn geregeld in de AWBZ en de Zvw (door een brede basisverzekering). De verplichtingen voor zorgverzekeraars en zorgkantoren in deze wetten bieden, in combinatie met de bekostiging van de zorg, over het algemeen voldoende garantie voor cliënten dat de zorg die zij nodig hebben, binnen redelijke termijnen en binnen redelijke afstanden beschikbaar is. Op zorgverzekeraars rust de verantwoordelijkheid om, zoveel als in hun mogelijkheden ligt, te bevorderen dat de verzekerden hun aanspraken tijdig, hetgeen in het algemeen wil zeggen – nagenoeg – onmiddellijk, kunnen «verzilveren». Bij een naturapolis heeft de zorgverzekeraar een resultaatsverplichting. Hij moet voldoende zorg contracteren – of zelf leveren – zodat aan zijn verzekerden tijdig zorg geleverd kan worden op redelijke afstand van hun woonplaats. Als de verzekerde niet tijdig terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder of als er onvoldoende zorg is gecontracteerd, is de zorgverzekeraar in verzuim en zal hij ervoor moeten zorgen dat de verzekerde elders terecht kan. In die gevallen waarbij de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg in het geding is, is de zorgverzekeraar aan zet om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg voor cliënten te waarborgen. Zonodig kan de verzekerde zulks ook afdwingen van de zorgverzekeraar, behoudens overmacht. Bij een restitutiepolic heeft de zorgverzekeraar een inspanningsverplichting tot bemiddeling.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen niet onder alle omstandigheden verantwoordelijk worden gehouden voor de continuïteit van zorg. Van hen kan niet verlangd worden dat zij onrendabele of door mismanagement faillerende zorgaanbieders in stand houden. Indien zorgaanbieders er niet in slagen de zorg zo te organiseren dat redelijkerwijs goede zorg wordt verleend (art. 7), kan de continuïteit van de zorgaanbieder in gevaar komen. Wanneer zorgverzekeraars en zorgkantoren dan wel verantwoordelijk zouden worden gehouden voor het in stand houden van de instelling, treedt er een spanning op tussen de verplichting om kwalitatief goede zorg in te kopen voor een goede prijs en het mogelijk gedwongen in stand houden van zorgfuncties die, mogelijk vanwege een slechte kwaliteit of te hoge prijs, dreigen te verdwijnen.

Hoeveel zorg beschikbaar is, voor wie en op welke plaatsen en tijden, is in hoofdzaak afhankelijk van individuele beslissingen van zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn private partijen en worden van overheidswege niet gedwongen om (onbeperkt) zorg te leveren. De zorgverzekeraars, als inkopers van zorg voor hun verzekerden, spelen een belangrijke rol bij het realiseren van voldoende en voldoende gedifferentieerde zorg. Het zorgstelsel is zodanig ingericht dat er in principe voldoende zorg beschikbaar zal zijn. Uiteraard valt niet uit te sluiten dat in de praktijk als gevolg van feitelijke omstandigheden soms een zekere wachttijd optreedt bij het verkrijgen van de zorg, bijvoorbeeld omdat in piektijden voorrang moet worden gegeven aan de cliënt die, gelet op de aard van zijn problemen, het eerst moet worden geholpen.

Tijdigheid is een element van goede zorg: indien de cliënt een zorgrelatie met een zorgaanbieder heeft, is deze zorgaanbieder gehouden om zorg tijdig aan de cliënt te geven. Bovendien is het noodzakelijk te voorzien in aanvullende waarborgen voor spoedeisende zorg (zie hoofdstuk 16).

### 3. Noodzaak tot verbetering van de positie van de cliënt

#### 3.1 De huidige wetgeving voor rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders

De rechten van cliënten en de verplichtingen voor zorgaanbieders die van belang zijn voor cliënten, zijn momenteel in hoofdzaak te vinden in de volgende wetten:

- De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwaliteitswet): deze wet stelt regels waaraan de kwaliteit van zorg, verleend door instellingen, moet voldoen.
- Artikel 40 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big): dit wetsartikel stelt regels waaraan de kwaliteit van de beroepsuitoefening door niet in een instelling werkende, individuele en op basis van die wet geregistreerde beroepsbeoefenaren moet voldoen.
- De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz): deze wet stelt regels inzake de behandeling van klachten van cliënten van zorgaanbieders.
- De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz): deze wet stelt regels ter bevordering van de medezeggenschap van de cliënten van uit collectieve middelen gefinancierde zorgaanbieders.
- Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW/WGBO<sup>1</sup>): de WGBO regelt welke rechten en plichten cliënt en zorgaanbieder hebben in het kader van een geneeskundige behandelingsovereenkomst.
- De Wet toelating zorginstellingen (Wtzi): deze wet regelt de toelating van zorginstellingen voor het leveren van de zorg waarop aanspraak bestaat in het kader van de Zvw en de AWBZ.

Naast deze wettelijke regelingen zijn er nog andere wetten en wetsvoorstellen die zich richten op rechten voor bijzondere groepen cliënten (bijvoorbeeld de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Wet bopz), op de specifieke invulling van een recht (bijvoorbeeld de Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling, Wet EPD), of op de uitvoering van specifieke vormen van zorg (bijvoorbeeld de Wet op bijzondere medische verrichtingen, Wbmv en de Wet ambulancezorg, Waz)<sup>2</sup>. De relatie tussen deze en andere wetten en dit wetsvoorstel wordt beschreven in hoofdstuk 17 van deze toelichting.

#### 3.2 Knelpunten in de positie van de cliënt in de zorg

De NPCF heeft bij de invoering van de Zvw aangedrongen op een basiswet die de rechten van cliënten vanuit hun perspectief garandeert<sup>3</sup>. De NPCF wil een Zorgconsumentenwet, die samenhang aanbrengt tussen bestaande wetten en de leemtes opvult die zijn ontstaan door nieuwe verhoudingen. Voorts hebben in het parlement<sup>4</sup> bij de behandeling van de Wmg en de Zvw verschillende politieke partijen gevraagd om een Zorgconsumentenwet, waarbij ook nadrukkelijk werd gevraagd om de wetgeving te gieten in de vorm van als zodanig herkenbare rechten van de cliënt.

De minister van VWS heeft naar aanleiding daarvan de RVZ en de IGZ<sup>5</sup> om advies gevraagd over de rechtspositie van de cliënten in de zorg. Behalve de rapporten van de RVZ en de IGZ zijn er de afgelopen jaren diverse andere onderzoeken en publicaties verschenen over de rechten van cliënten en de tekortkomingen en knelpunten daarin. In het navolgende worden de belangrijkste knelpunten uit de verschillende rapporten benoemd en wordt daaruit een beleidsmatige conclusie getrokken.

#### *Versnipperde regeling van cliëntenrechten*

De RVZ vindt de cliëntenrechten ontoegankelijk. De rechten van cliënten zijn versnipperd<sup>6</sup> geregeld. Terwijl er een overzichtelijk aantal wetten is waarin de relatie tussen de cliënt en de zorgverzekeraar en de relatie

<sup>1</sup> De wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

<sup>2</sup> Nog niet in werking getreden; thans geldt nog de Wet ambulancevervoer.

<sup>3</sup> NPCF-pamflet De Zorgconsumentenwet: één wet voor patiënten en consumenten september 2006. NPCF-brochure De Zorgconsumentewet» wat erin moet staan, maart 2007.

<sup>4</sup> Behandeling Wmg: Kamerstukken I 2005/06, Handelingen 3 en 4 juli 2006. Behandeling Zvw: Kamerstukken I 2004/05, 29 763, H, pag. 7 en pag. 38.

<sup>5</sup> IGZ, Staat van de Gezondheidszorg 2006. Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? 2006, RVZ, De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet, 2006.

<sup>6</sup> NPCF, De Zorgconsumentenwet: wat erin moet staan, 2007, Van Wijmen in Dute 2006, Van Heteren, Nota over de contouren van zorgconsumentenwetgeving. Niet zonder ons: patiëntenrechten bij de tijd, 2006.

tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder is vastgelegd, zijn aspecten van de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder op dit moment nog te vinden in een veelheid aan wetten. De bestaande cliëntenrechten zijn binnen de huidige wet- en regelgeving bovendien vaak moeilijk herkenbaar, omdat die rechten veelal een afgeleide blijken van plichten van de zorgaanbieder.

#### *Ontbreken van een recht op verantwoorde zorg*

In de Kwaliteitswet en de Wet big wordt het begrip verantwoorde zorg gehanteerd. De Wet big en de Kwaliteitswet geven de cliënt indirect recht op verantwoorde zorg: immers, het recht op verantwoorde zorg kan worden afgeleid uit de op de zorgaanbieder rustende verplichtingen. Het is onduidelijk in hoeverre de cliënt dit «recht» kan «afdwingen». Er kan over worden getwijfeld of de huidige constructie voldoende zeggingskracht heeft voor cliënten en of zij er voldoende door worden gestimuleerd gebruik te maken van hun klachtrecht. Aanbevolen wordt om voor de cliënt een recht op verantwoorde zorg in de wetgeving op te nemen<sup>1</sup>.

#### *Onduidelijkheid over de norm «verantwoorde zorg»*

In de WGBO wordt als norm gebruikt dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een «goed hulpverlener» in acht moet nemen. Dit doet de vraag rijzen of onder deze wettelijke omschrijving hetzelfde valt als onder de verplichting om verantwoorde zorg te leveren<sup>2</sup>. Met name wordt door sommige rechtsgeleerden de vraag gesteld of onder verantwoorde zorg een minimumnorm moet worden verstaan, die bovendien afhankelijk gesteld mag worden van overwegingen van de financiële haalbaarheid, of dat het een norm betreft waaraan de patiënt het recht kan ontnemen op zorg van een goed hulpverlener op basis van een professionele standaard<sup>3</sup>. Ook zijn er naar de mening van de IGZ lacunes in de regelgeving bij ketenzorg. De onderlinge afstemming is in dat geval onvoldoende gewaarborgd<sup>4</sup>. De RVZ wijst op het ontbreken van mogelijkheden voor de cliënt om kennis te nemen van de normen voor verantwoorde zorg. Cliënten kunnen met de hen ter beschikking staande middelen moeilijk beoordelen of ze verantwoorde zorg krijgen<sup>5</sup>.

#### *Onvoldoende informatie voor de keuze tussen zorgaanbieders*

Vaak is er sprake van onvoldoende informatie voor een weloverwogen keuze tussen zorgaanbieders<sup>6</sup>. De RVZ constateert lacunes in de vergelijkende keuze-informatie<sup>7</sup>. Volgens Sijmons is sprake van een lacune in de wet op het gebied van transparantie van kwaliteit, omdat de bepalingen in de Wmg gaan over openbaarheid van informatie, maar niet over de inhoud daarvan<sup>8</sup>.

#### *Onduidelijkheid over de reikwijdte van de regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in de WGBO*

Er bestaat volgens de RVZ onduidelijkheid of zorgsituaties waarin niet het geneeskundig behandelen van cliënten op de voorgrond staat, maar het verzorgen en begeleiden, wel vallen onder de geneeskundige behandelingsovereenkomst, zoals bedoeld in de WGBO<sup>9</sup>. Er is discussie over de vraag hoe de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder juridisch te duiden is ingeval van een naturaverzekering. Voor de cliënt is het volgens de RVZ niet duidelijk in welke gevallen hij rechten kan ontnemen aan de WGBO.

#### *Onvolkomenheden in de WGBO*

De centrale bevinding uit de evaluatie van de WGBO in 2000 is dat de WGBO een belangrijke bijdrage levert aan het versterken en verduidelijken van de rechtspositie van de cliënt<sup>10</sup>. De evaluatie brengt ook een aantal knelpunten naar voren. Deze betreffen niet zozeer de tekst van de wet, maar vooral de vertaling van de wet naar de dagelijkse praktijk. Op specifieke onderdelen zijn er lacunes in kennis. Voorbeelden hiervan zijn:

<sup>1</sup> J. Legemaate, Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak, ten behoeve van Staat van de Gezondheidszorg 2006, mei 2006, pag. 54.

<sup>2</sup> Legemaate, idem, pag. 11.

<sup>3</sup> RVZ pag. 29, T. Hartlief, De staat van het privaatrechtelijk gezondheidsrecht, pag. 89, in P.C. Ippel, T. Hartlief en P.A.M. Mevis, Gezondheidsrecht: betekenis en positie, 2007.

<sup>4</sup> IGZ, pag. 14 en 57.

<sup>5</sup> RVZ, pag. 31.

<sup>6</sup> IGZ, pag. 31.

<sup>7</sup> RVZ, pag. 26.

<sup>8</sup> J.G. Sijmons, De stimulerende middelen van de wetgever, ontwikkelingen in het gezondheidsrecht, oratie 31 oktober 2007.

<sup>9</sup> RVZ, pag. 16.

<sup>10</sup> Evaluatie WGBO, pag. 38.



de afstemming met de WGBO met andere wetten en wanneer gegevens gebruikt mogen worden met of zonder toestemming van de patiënt. Dit vergt volgens de onderzoekers een aantal gerichte maatregelen. Zo moet de kennis onder hulpverleners worden vergroot, door specifieke aandacht in de basis- en specialistenopleiding en in de bij- en nascholing. Ook achten de onderzoekers maatregelen nodig gericht op kennisvergroting van patiënten en consumenten. Ten slotte zouden voor de invulling van de wet praktische richtlijnen moeten worden ontwikkeld, bij voorkeur samen met patiëntenorganisaties. De onderzoekers bevelen daarnaast aan om onderzoek te laten verrichten naar de samenhang tussen de WGBO en andere wetten die raken aan de rechtspositie van de patiënt.

Het recht op informatie is vergaand uitgewerkt in de rechtspraak. De RVZ vraagt zich af hoe de cliënt op de hoogte kan zijn of raken van de nadere invulling door bronnen als de jurisprudentie<sup>1</sup>. Hoewel de rechtspraak geen belemmeringen opwerpt voor het erkennen van fouten, geven hulpverleners fouten niet toe uit angst voor aansprakelijkheid<sup>2</sup>. Zorgaanbieders informeren de patiënt – met name – te weinig over risico's en alternatieven voor de voorgestelde behandeling.

### *Gebrekkige effectiviteit huidige klachtenregeling*

Het bespreken van een klacht met de persoon of de organisatie waartegen de klacht is gericht, is de meest informele en directe optie voor de cliënt om een oplossing voor zijn klacht te bereiken. Deze optie is niet wettelijk verankerd<sup>3</sup>. De helft tot tweederde van de cliënten met een gevoel van onvrede over de behandeling, bespreekt dit met de betrokken zorgaanbieder. In iets minder dan de helft van de gevallen leidt dit tot een voor de cliënt bevredigende oplossing<sup>4</sup>. De drempel om te klagen wordt als hoog ervaren, vooral door mensen die in zorginstellingen wonen<sup>5</sup>. De uitspraken van de klachtencommissie zijn niet bindend. De praktijk leert dat cliënten weinig horen over het verdere verloop<sup>6</sup>. Cliënten zien niet of er maatregelen genomen worden om in de toekomst vergelijkbare problemen te voorkomen. Voorts is de onafhankelijkheid van de klachtencommissie volgens de Stichting De Ombudsman niet voldoende gewaarborgd<sup>7</sup>. In het geval van ketenzorg kan de cliënt te maken krijgen met zorgaanbieders die elk een eigen klachtencommissie hebben<sup>8</sup>. De klachtmogelijkheden en de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden zijn naar de mening van de RVZ en de IGZ niet goed bekend bij cliënten<sup>9</sup>. Tot slot constateert de IGZ dat haar eigen rol bij klachten voor cliënten een onduidelijke is<sup>10</sup>.

### *Beperkte invloed cliëntenraden*

Zorgaanbieders vragen soms te laat of helemaal geen advies aan de cliëntenraad. Bovendien zijn de adviesaanvragen meestal niet begrijpelijk voor de cliëntenraad. De huidige praktijk vergt veel van de kwaliteiten van cliëntenraadsleden (professionaliteit). Cliëntenraden maken slechts zeer beperkt gebruik van de juridische mogelijkheden die de Wmcz hun biedt<sup>11</sup>. De financiering van cliëntenraden is naar de mening van de Tweede Kamer onvoldoende geregeld<sup>12</sup>.

### *Onvoldoende verantwoordelijkheid voor kwaliteit bij bestuur zorginstellingen*

Raden van bestuur en raden van toezicht besteden onvoldoende aandacht aan de kwaliteit van de zorg<sup>13</sup>. Soms is er sprake van twee kapiteins op een schip. De Onderzoeksraad voor de Veiligheid beveelt aan om de verschillende wettelijke regelingen, zoals onder andere de Kwaliteitswet en de Wet big te onderzoeken, gericht op het wegnemen van eventuele onduidelijkheden met betrekking tot de verantwoordelijkheidstoedeling voor verantwoorde zorg binnen een instelling (tussen bestuur en bijvoorbeeld maatschappen van specialisten). In het rapport over het

<sup>1</sup> RVZ pag. 18.

<sup>2</sup> IGZ pag. 68 en 72, Hartlief pag. 86

<sup>3</sup> IGZ pag. 64 en 68, Legemaate pag. 68, Invitational conference SGZ, pag. 21.

<sup>4</sup> Nivel, Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg, een overzichtsstudie, 2006, pag. 18. Meer bronnen worden genoemd in NIVEL, Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg, 2009, p. 7.

<sup>5</sup> IGZ pag. 72, RVZ pag. 35.

<sup>6</sup> IGZ pag. 68–69, Gezondgids CoBo p. 11, evaluatie Wkcz.

<sup>7</sup> Stichting De Ombudsman, positionpaper expertmeeting 4 oktober 2007, pag. 3 & Notitie klachtrecht in de zorg onbekend en onbemind, Stichting De Ombudsman 2007, pag. 25.

<sup>8</sup> IGZ p. 74, Legemaate 2006 pag. 72.

<sup>9</sup> RVZ pag. 35, IGZ pag. 11.

<sup>10</sup> IGZ, pag. 12.

<sup>11</sup> Research voor Beleid 2004, De invloed van cliëntenraden. Het verzaamd adviesrecht in de dagelijkse praktijk vanuit cliëntenperspectief, pag. 24–26.

<sup>12</sup> Motie-Spoelman c.s. van 18 maart 2002, Kamerstukken II 2001/02, 27 807, nr. 5, de motie-Arib c.s. van 27 november 2002, Kamerstukken II 2002/03, 28 600 XVI, nr. 52, de motie-Van Miltenburg c.s. van 9 november 2005, Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 48, amendement Vietsch en Verbeet van 9 november 2005, Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 36, motie Willemsse van 25 november 2008, Kamerstukken II 2008/09, 31 476, nr. 5.

<sup>13</sup> Onderzoeksraad voor de Veiligheid, Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud. Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 september 2005 over te hoge mortaliteit, 2008. IGZ, rapport van het onderzoek naar het peroperatief proces in de Jsselse ziekenhuizen te Lelystad en Emmeloord op 5 en 12 september 2008, 2008. IGZ, Rapport naar aanleiding van het onderzoek naar de organisatie en kwaliteit van het medisch specialistische functioneren in het Diaconnessenhuis te Meppel, 2006.

Twenteborgziekenhuis concludeert de Onderzoeksraad dat het bestuur zich onvoldoende bewust was van de risico's van de betrokken medische apparatuur<sup>1</sup>. De Algemene Rekenkamer heeft aanwijzingen dat het onderwerp kwaliteit bij raden van bestuur en raden van toezicht nog nauwelijks op de agenda staat<sup>2</sup>. De RVZ is van mening dat zorginstellingen governance nadrukkelijker moeten verbinden met kwaliteit<sup>3</sup>. Volgens de RVZ kunnen besturen van ziekenhuizen professionals niet altijd aansturen en krijgen zij niet altijd verantwoording afgelegd over het handelen in primaire processen. De RVZ vindt dit een ernstig probleem, omdat daarmee het interne kwaliteitssysteem niet sluitend is en de interne governance niet goed kan functioneren. De IGZ is van mening dat bestuurders en interne toezichthouders kwaliteit en veiligheid dienen te zien als hun kerntaak, die niet langer vrijblijvend mag worden ingevuld<sup>4</sup>. Hubben en Sijmons merken in dit verband op dat de toelatingsovereenkomsten tussen ziekenhuizen en medisch-specialisten aan herziening toe zijn<sup>5</sup>. Als het gaat om de kwaliteit van de zorg, zijn de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken partijen (de medisch-specialisten, de maatschappen en vakgroepen, (het bestuur van) de medische staf, de raad van bestuur en de raad van toezicht onvoldoende geëxpliciteerd<sup>6</sup>.

### 3.3 Conclusie op basis van de gesignaleerde knelpunten

Kortom, onderzoeksrapporten signaleren veel knelpunten in de positie van de cliënt in de zorg. Op hoofdlijnen erkennen wij de knelpunten. Naar ons oordeel kunnen de inhoud, de toegankelijkheid, de overzichtelijkheid en de handhaving van de rechten van cliënten en verplichtingen van zorgaanbieders worden verbeterd en uitgebreid. Wij zijn van mening dat de genoemde knelpunten van zodanige aard zijn dat ook herformulering van de wettelijke rechten van cliënten op zijn plaats is en dat de bovengenoemde lacunes en onvolkomenheden moeten worden opgeheven.

In deze lijn zijn in het Coalitieakkoord van 2007 afspraken gemaakt over een versterking van de positie van de cliënt<sup>7</sup>. In het beleidsprogramma<sup>8</sup> heeft het kabinet zich vervolgens voorgenomen een wettelijk kader te ontwikkelen waarin kwaliteit van zorg vanuit de belangen van de cliënt wordt benaderd. In een brief aan de Tweede Kamer zijn de kabinetsvoornemens ter versterking van de positie van de cliënt uiteengezet<sup>9</sup>. Deze brief bevat naast allerlei andere voorstellen, ook het voornemen tot wetgeving ter verbetering van de positie van de cliënt. In een algemeen overleg op 23 oktober 2008 heeft de Tweede Kamer de voornemens van het kabinet gesteund<sup>10</sup>. In het volgende hoofdstuk zetten wij uiteen welke knelpunten we met wetgeving oplossen, en welke met andere maatregelen of met een combinatie van beide.

## 4. Oplossingen voor de knelpunten

### 4.1 Overzicht belangrijkste oplossingen voor de cliënt in dit wetsvoorstel

De weergave van de knelpunten in hoofdstuk 3 maakt duidelijk dat voor het wegnemen van een deel van die knelpunten wetgeving noodzakelijk is, terwijl voor het wegnemen van andere knelpunten vooral praktische aanpassingen noodzakelijk zijn.

In deze paragraaf wordt aangegeven welke knelpunten de regering met dit wetsvoorstel wil oplossen. In de volgende paragraaf wordt geschetst welke praktische maatregelen, samen met veldpartijen, zullen worden genomen om knelpunten uit de weg te ruimen.

#### *Eén regeling vanuit het perspectief van de cliënt*

Mede ter vergroting van de toegankelijkheid en inzichtelijkheid worden de rechten en verplichtingen van zorgaanbieders en cliënten in één nieuwe wet in samenhang geregeld vanuit het perspectief van de cliënt (zie hoofdstuk 5). Rechten van cliënten worden ook daadwerkelijk zoveel

<sup>1</sup> Onderzoeksraad voor de Veiligheid, Brand in een operatiekamer. Twenteborgziekenhuis, Almelo, 28 september 2006, 2008.

<sup>2</sup> Algemene Rekenkamer, Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen, 2009, Kamerstukken II 2008/09, 31 961 nrs. 1–2, p. 16 en Algemene Rekenkamer, Goed bestuur in uitvoering, 2008, pag. 28.

<sup>3</sup> RVZ, Governance en kwaliteit van zorg, Den Haag, 2009.

<sup>4</sup> IGZ, Staat van de Gezondheidszorg 2009. De vrijblijvendheid voorbij, sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg, pag. 16.

<sup>5</sup> Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, januari 2009.

<sup>6</sup> Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit, J. Legemaate, Amsterdam, 12 mei 2009.

<sup>7</sup> Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 7 februari 2007, pag.41. Versterking van de positie van de cliënt is als onderwerp opgenomen in de volgende verkiezingsprogramma's: CDA, Vertrouwen in Nederland, Vertrouwen in elkaar, pag. 58; PvdA, Samen sterker, werken aan een beter Nederland, pag.11, SP, Een beter Nederland, voor hetzelfde geld, pag. 17.

<sup>8</sup> Beleidsprogramma 2007–2011, Samen Werken, Samen Leven, 14 juni 2007, pag. 56.

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2007/08, 31 476, nr. 1, brief d.d. 23 mei 2008.

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2007/08, nr. 31 476, nr. 6.

mogelijk als rechten geformuleerd en zijn daardoor beter als zodanig herkenbaar.

#### *Eenduidig recht op goede zorg*

Het recht op goede zorg is het meest belangrijke recht van de cliënt. Het recht op goede zorg wordt een afdwingbaar recht voor de cliënt. De norm benadrukt het belang van het leveren van goede zorg door de zorgaanbieder en versterkt daardoor de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder.

De term «goede zorg» geeft meer dan «verantwoorde zorg» aan dat de zorgaanbieder niet kan volstaan met het leveren van zorg die niet slecht is; er moet zorg van goed niveau worden geleverd, volgens de professionele standaard.

Zoals aangegeven in de brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2009, is het in de eerste plaats aan de veldpartijen om tot invulling van de open norm goede zorg te komen<sup>1</sup>. Deze gekozen weg blijkt niet zonder resultaat. De betrokken veldpartijen in de cure zetten momenteel belangrijke stappen om te komen tot een eerste set veiligheidsnormen, zoals de organisatie van een invitational conference waar met diverse wetenschappelijke verenigingen gesproken wordt over dit traject. De ontwikkeling van deze veiligheidsnormen zal in de toekomst een continu proces blijven. De zorgverlening in de care is van andere aard dan de zorgverlening in de cure. In de care is de zorg meer gericht op kwaliteit van leven. Om die reden wordt in de care vooralsnog jaarlijks aan de hand van indicatoren de kwaliteit van zorg gemeten. Deze metingen richten zich onder andere op veiligheid, welzijn en voeding. Vaststellen van de norm zal op termijn een logische stap zijn. Voorts heeft de IGZ een voorstel voor veiligheidsnormen op het gebied van infectiepreventie, medicatieveiligheid, organisatie van de zorg en techniek gepresenteerd. Verder bestaan er tal van richtlijnen en standaarden voor de zorgverlening. De Regieraad Kwaliteit van zorg bevordert de totstandkoming en implementatie van richtlijnen en standaarden. De zorgaanbieder kan slechts gemotiveerd afwijken van deze veldnormen. De geschilleninstantie, de rechter en de IGZ gebruiken deze normen als toetsingskader bij de beoordeling van de naleving van de wet. De nadere invulling van het begrip goede zorg, maakt dus dat het recht op goede zorg door de cliënt en door de IGZ beter afdwingbaar is.

Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk om normen voor goede zorg op een flexibele en daardoor slagvaardige wijze in te vullen. Indien het veld de norm «goede zorg» zelf niet voldoende invult, zal zonodig gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid die dit wetsvoorstel biedt, om de norm bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nader te omschrijven. Het recht op goede zorg met de invulling die daaraan gegeven wordt door veldpartijen en eventueel door de minister, is eveneens afdwingbaar door de cliënt en kan door de IGZ bestuursrechtelijk worden gehandhaafd. Beleidskader en indicatoren voor verantwoorde zorg behouden hun waarde. Goede zorg bevat immers alle elementen van verantwoorde zorg. Veiligheid van zorg en het vereiste dat zorg tijdig moet worden gegeven, worden expliciet benoemd als onderdelen van goede zorg. Aan de organisatie van de zorgverlening worden eisen gesteld met betrekking tot verantwoording en afstemming (zie hoofdstuk 9).

#### *Recht op keuze-informatie*

Voorafgaand aan de zorgrelatie, krijgt de cliënt recht op betrouwbare en vergelijkbare informatie over kwaliteit en over ervaringen van andere cliënten (zie hoofdstuk 10). Zorgaanbieders moeten daarnaast aan de cliënt informatie geven over zijn rechtspositie.

De wettelijke toelating met de daaraan verbonden toets komt te vervallen. Zorgaanbieders, ook die welke nu geen toelating hoeven aan te vragen,

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 31 765, nr. 8.

zoals privé-klinieken en particuliere verpleeghuizen en alleen werkende zorgaanbieders, zullen in een register staan. De gegevens in dit register zullen gekoppeld worden aan de kwaliteitsgegevens. Cliënten en IGZ kunnen daardoor eenvoudig vinden waar welke vorm van zorg wordt geleverd.

#### *Uitbreiding en verduidelijking reikwijdte van de huidige WGBO-rechten*

De afdwingbare rechten die nu in de WGBO staan en gelden voor geneeskundige behandeling, gaan op grond van deze wet gelden in alle zorgrelaties (zie hoofdstuk 6). Hiermee komt een einde aan de onduidelijkheid over de reikwijdte van deze rechten in situaties waarin de nadruk ligt op verzorging. De IGZ kan met dit wetsvoorstel de rechten en plichten met betrekking tot informatie, toestemming, dossier en privacy, net als alle andere rechten en plichten, bestuursrechtelijk handhaven.

#### *Verdergaande uitwerking van de WGBO-rechten*

In zijn zorgrelatie krijgt de cliënt recht op informatie over incidenten. Het recht op informatie en het toestemmingsvereiste worden in de wet nader ingevuld met – in de jurisprudentie – ontwikkelde en algemeen aanvaarde normen (zie hoofdstuk 11). Als iemand wilsonbekwaam is voor bepaalde keuzes, moet daarvan aantekening worden gemaakt in het dossier. Het recht van nabestaanden om in een aantal gevallen een dossier van een overledene in te zien, wordt wettelijk verankerd. De mede-aansprakelijkheid met betrekking tot het handelen van in een instelling werkende hulpverleners die thans in de WGBO is geregeld voor intramurale instellingen, gaat op grond van dit wetsvoorstel gelden voor alle zorgaanbieders die zorg doen verlenen, ook in de eerste lijn (zie hoofdstuk 6).

#### *Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenprocedure*

Zorgaanbieders moeten klachten intern, snel en adequaat oplossen. De cliënt heeft daarbij recht op kostenloze advisering, voorlichting en ondersteuning. Is de cliënt het niet eens met de maatregelen die de zorgaanbieder treft, dan kan hij het geschil voorleggen aan een laagdrempelige en onpartijdige geschilleninstantie die bindende uitspraken doet (zie hoofdstuk 12). De afdwingbaarheid van de rechten in deze wet wordt hiermee aanzienlijk verbeterd. Ook cliëntenorganisaties krijgen toegang tot de geschilleninstantie.

#### *Effectieve invloed cliëntenraden*

Cliëntenraden mogen op grond van het wetsvoorstel adviseren over onderwerpen die voor cliënten van belang zijn en krijgen voor een aantal onderwerpen instemmingsrecht. De financiering van cliëntenraden wordt beter geregeld (zie hoofdstuk 13).

#### *Goed bestuur*

Het bestuur is te allen tijde verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die in het kader van de instelling wordt geleverd. Het bestuur moet de zorgverlening zo hebben georganiseerd en zodanige contracten hebben gesloten dat die verantwoordelijkheid waar kan worden gemaakt. Op grond van dit wetsvoorstel moet één van de bestuursleden portefeuillehouder zijn voor de kwaliteit van de zorg. Zorgaanbieders moeten een onafhankelijk toezichthoudend orgaan hebben dat tenminste bepaalde taken en bevoegdheden heeft. Cliëntenraden krijgen het recht van enquête (zie hoofdstuk 14).

#### *Maatschappelijke verantwoording*

In dit wetsvoorstel zijn de verantwoordingsverplichtingen voor zorgaanbieders gebundeld in een overzichtelijk schema (zie hoofdstuk 15).

## 4.2 Andere verbeteringen dan aanpassingen van de wet

### *Versterking patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (pgo-organisaties)*

Met de recente vernieuwingen van de stelsels van zorg en maatschappelijke ondersteuning is het van belang om ook patiënten, gehandicapten en ouderen in deze stelsels een sterke positie te geven. (ook wel «de derde partijrol» genoemd) Deze derde partij moet een volwaardige gesprekspartner zijn van zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en ondersteuning, overheden en andere maatschappelijke organisaties om daar de noodzakelijke ervaringsdeskundigheid in te brengen en zo bij te dragen aan de kwaliteit van zorg en ondersteuning. Pgo-organisaties spelen daarbij een belangrijke rol. Met het beschikbaar stellen van subsidiemiddelen en het vernieuwen van de subsidiesystematiek streven wij ernaar om patiënten, gehandicapten en ouderen die plek te geven en hun mogelijkheden te vergroten om regie op het eigen leven te voeren en maatschappelijk te participeren. De subsidiëring van pgo-organisaties vindt sinds 1 januari 2009 plaats op basis van de Subsidieregeling PGO en het bijhorende beleids- en beoordelingskader.

Zij krijgen in de nieuwe systematiek een instellingssubsidie voor hun kerntaken: voorlichting, lotgenotencontact en belangenbehartiging. Daarnaast kunnen pgo-organisaties in aanmerking komen voor een projectsubsidie. Het structureel beschikbare subsidiebudget is in totaal € 39,1 miljoen per jaar. In de eerste helft van 2010 wordt in samenspraak met het veld een verdere invulling gegeven aan een gemeenschappelijke gedragen visie op de derde partijrol en op de structuur die daarbij het meest passend is.

### *Kwaliteit inzichtelijker*

Alleen wanneer duidelijk is welke kwaliteit zorgaanbieders leveren, is het voor cliënten en zorgverzekeraars mogelijk hun keuzes gefundeerd vorm te geven. Het kabinet wil de kwaliteit van zorg zichtbaar verhogen; met het oog daarop moet die informatie ook transparanter worden gemaakt. Het kabinet heeft voor 2011 twee concrete doelstellingen geformuleerd:

- burgers kunnen op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden;
- cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg.

In aanvulling op de kabinetsdoelstellingen streven we er naar ook voor andere sectoren flinke stappen te zetten in het inzichtelijk maken van de geleverde kwaliteit van zorg. Met de «indicatoren verantwoorde zorg» is in de verpleging en verzorging al een zeer belangrijke stap gezet. In bijlage 3 bij de Voortgangsbrief Kwaliteit van zorg van 24 juni 2009 is de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van indicatoren in de verschillende sectoren uiteen gezet<sup>1</sup>. Indicatoren zijn meetpunten in de zorgverlening die een betrouwbare aanwijzing moeten vormen voor de kwaliteit van de zorg. Dergelijke meetpunten moeten aan duidelijke standaarden voldoen, teneinde de kwaliteit van de informatie die op basis van die indicatoren wordt verkregen, te garanderen.

Bij de IGZ is het bureau Zichtbare Zorg ondergebracht, dat de gewenste ontwikkelingen in de verschillende zorgsectoren regisseert, ondersteunt en aanjaagt en zorg draagt voor eenduidig gehanteerde «kwaliteitstaal» (zie [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)). Wij hebben een ministeriële regeling gepubliceerd om beter te kunnen waarborgen dat zorgaanbieders zich via de kwaliteitsindicatoren uit het project Zichtbare Zorg verantwoorden<sup>2</sup>. Er wordt een data-infrastructuur ontwikkeld die de zorgaanbieders ondersteunt in het berekenen en vergelijkbaar maken van indicatoren, en die zoveel mogelijk aansluit op gegevens die al routinematig in landelijke databanken worden vastgelegd. Op 18 januari 2010 hebben VWS en het bestuur van de stichting Centrum Klantervaringen Zorg een convenant

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 765, nr. 4.

<sup>2</sup> Regeling kwaliteitsjaarverslag zorginstellingen 2010, Stcrt. 2009, 19705.

getekend over het samengaan van het Centrum Klantervaringen Zorg, Zichtbare Zorg en KiesBeter voor het einde van 2010.

#### *Prestatiebekostiging en kwaliteit*

In een brief van 19 januari 2010 is aangegeven hoe de overstap van budget- naar prestatiebekostiging voor de ziekenhuizen zal worden gerealiseerd<sup>1</sup>. Deze prestatiebekostiging is noodzakelijk met het oog op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Door de zorgproducten te koppelen aan de kwaliteitsindicatoren uit het programma Zichtbare Zorg, kan de vergoeding voor deze producten op langere termijn in verband gebracht worden met de geleverde kwaliteit. De zorgproducten worden herkenbaarder, dat stimuleert naar verwachting de samenhang in het zorgaanbod. Doordat meer verschillende behandelingen voor een aandoening onder hetzelfde tariefregime komen te vallen, zal de keuze voor een behandeling bepaald worden door wat het beste is voor de cliënt.

#### *Betere richtlijnen voor kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van zorg*

Voor de uitwerking van het recht op goede zorg is nodig dat er richtlijnen zijn die de meest recente «state-of-the-art» beschrijven, en dat deze richtlijnen ook worden geïmplementeerd en onderhouden<sup>2</sup>. In dat kader is in mei 2009 de Regieraad Kwaliteit van Zorg<sup>3</sup> geïnstalleerd, die bestaat uit onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen op richtlijng gebied. Deze raad heeft een agenderende, faciliterende en stimulerende rol bij het ontwikkelen, onderhouden en invoeren van richtlijnen. Samenwerking met het beroepsveld is daarbij van groot belang. Het gaat dan niet alleen om artsen. Ook samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen en de organisatie van de zorgverlening zijn van belang voor veilige en doelmatige zorg<sup>4</sup>.

De Regieraad Kwaliteit van Zorg heeft een rol bij het expliciteren van de samenhang tussen kwaliteit in algemene zin en doelmatigheid als aspect daarvan.

Goede kwaliteit gaat vaak gepaard met doelmatigheid. Zo speelt de relatie tussen kwaliteit en doelmatigheid nadrukkelijk bij de implementatie van innovaties in de zorg. Innovaties op het gebied van kwaliteit hebben over het algemeen kostenverhogingen tot gevolg bij specifieke (onderdelen van) interventies. Wanneer echter het gehele zorgproces in ogenschouw wordt genomen, blijkt vaak dat dergelijke innovaties tot kostenbesparingen leiden in de rest van het zorgproces. Bijvoorbeeld doordat het aantal complicaties of het aantal herhaalbezoeken geringer is of doordat cliënten minder lang behandeld of verzorgd hoeven te worden. Dergelijke afwegingen zijn van belang om te voorkomen dat de implementatie van waardevolle innovaties te lang op zich laat wachten.

Dergelijke noties achten wij van groot belang om mee te nemen bij de explicitering van kwaliteitsaspecten van zorg en doelmatigheid als onderdeel daarvan. De Regieraad kan partijen deze noties voorhouden en etaleren waar verbeteringen mogelijk zijn en instrumenten aanreiken om verbeteringen vorm te geven. Vervolgens zullen veldpartijen de uitwerking in eigen kring moeten oppakken.

Er bestaat een forse variatie bij de behandeling van bepaalde aandoeningen, die niet altijd goed verklaard kan worden. Het terugdringen van deze onverklaarde praktijkvariatie kan over- en onderbehandeling voorkomen. Het tot stand komen van richtlijnen en standaarden maakt deze variatie toetsbaar en bevordert de kwaliteit van de zorg.

Nu houden vele partijen zich bezig met kwaliteit van zorg, ieder op zijn eigen deelterrein: Het College voor Zorgverzekeringen, DBC-Onderhoud, ZonMW, NZa, IGZ, zorgverzekeraars en wetenschappelijke verenigingen. De Regieraad is er gekomen om richtlijnontwikkeling en -implementatie te agenderen, aan te jagen en te faciliteren, met daarbij specifieke aandacht

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 29 248, 109.

<sup>2</sup> Onze voornemens ten aanzien van regie op richtlijnen hebben wij aangekondigd in een brief van 31 oktober 2008, Kamerstukken II 2008/09, 31 765, nr. 1.

<sup>3</sup> Zie voor het instellingsbesluit Stort. 2009, 88.

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 765, nr. 3, brief d.d. 19 juni 2009.

voor het patiëntperspectief, veiligheidsnormen en doelmatigheid. Het werkkterrein van de Regieraad beslaat echter slechts een deel van de onderwerpen zorguitkomsten, praktijkvariatie, richtlijnen, zorgstandaarden, veiligheidsnormen, zorginkoop/permanente feedback, het formuleren en toepassen van adequate zorgproducten (DOTs, ZZPs) en verzekerd pakket/vergoeding. Een kwaliteitsinstituut zou de mogelijkheid bieden om meer samenhang aan te brengen tussen al deze onderwerpen met het oog op meer samenhangende zorg van betere kwaliteit met lagere kosten.

#### *Stimuleren patiëntveiligheid*

In nagenoeg alle sectoren zijn inmiddels veiligheidsprogramma's en -plannen vastgesteld, inclusief een sectoroverstijgend programma voor medicatieveiligheid. De IGZ is inhoudelijk betrokken bij deze programma's en -plannen. Deze programma's en plannen worden mede met financiering van het ministerie van VWS uitgevoerd. In diverse sectoren kunnen wij sturen op concrete (uitkomst) indicatoren om te kunnen beoordelen wat het effect is van de uitvoering van de veiligheidsprogramma's en -plannen. In de Voortgangsbrief Kwaliteit van zorg van 24 juni 2009 is de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling en uitvoering van veiligheidsprogramma's geschetst<sup>1</sup>.

#### *Meer samenwerking tussen zorgaanbieders met het oog op kwaliteit*

In onze brief «Programmatische aanpak van chronische ziekten» van 16 juni 2008<sup>2</sup> hebben wij onze ambities en aanpak op het terrein van chronische ziekten weergegeven. Omdat het aantal chronisch zieken fors stijgt, neemt de vraag van cliënten naar goede ketenzorg toe. Met een pakket aan onderling samenhangende activiteiten stimuleren we ketenzorg. We doen dat door het ontwikkelen en verbeteren van zorgstandaarden, versterken van de samenhang tussen preventie en curatie, inzet op zelfmanagement en beter afgestemde multidisciplinaire zorg via programma's als het nationaal actieprogramma diabetes. Een ander voorbeeld is de «ketenzorg dementie». Zorgkantoren zijn in de zomer van 2008 met de zorgaanbieders, en in samenwerking met regionale afdelingen van Alzheimer Nederland, begonnen met de inkoop van geïntegreerde ketenzorg voor cliënten met dementie. Zij moeten daarbij de Leidraad Ketenzorg Dementie volgen.

In onze brief «De patiënt centraal door omslag naar integrale bekostiging» van 22 december 2008<sup>3</sup> zijn wij ingegaan op de stappen die gezet moeten worden om zorg te kunnen inkopen op basis van integrale bekostiging. In het veld zijn partijen al volop in beweging om gerichte zorg aan te bieden voor bepaalde chronische ziekten. Wij stimuleren deze ontwikkeling door allereerst de bekostiging beter te laten aansluiten bij vier belangrijke chronische aandoeningen die voortkomen uit de zes prioritaire ziekten (clusters) uit de brief «Programmatische aanpak van chronische ziekten»: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomangement en zorg voor hartfalen. Wij kiezen voor deze vier aandoeningen, omdat hiervoor (binnenkort) zorgstandaarden beschikbaar zijn.

In de eerstelijnszorg verwachten wij grote veranderingen. De zorg zal in toenemende mate verplaatst worden van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg. De verschillende prijssystemen hebben de verschuiving van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg tot nu toe verhinderd. Om de samenhang tussen de eerste en de tweede lijn te verbeteren, willen wij nieuwe manieren zoeken om chronische zorg te vergoeden, ongeacht wie die zorg verleent. Het geld moet de patiënt volgen, niet de zorgaanbieder. Een goede samenwerking tussen zorgaanbieders is onmisbaar voor goede zorg aan mensen met een complexe zorgvraag. Deze samenwerking kan allerlei vormen aannemen en de Mededingingswet biedt daar ook ruimschoots mogelijkheden voor. In haar «Richtsnoeren voor de

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 765 nr. 4.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2007/08, 31 200 XVI, nr. 155.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2008/09, 29 247, nr. 84.

zorgsector» heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) omschreven welke afspraken wel, maar ook welke niet zijn toegestaan ([www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl)). Samenwerkingsverbanden die de kwaliteit van zorg dienen of de doelmatigheid van zorg verbeteren, goed zijn voor cliënten en voldoende keuzemogelijkheden over laten, zijn, mits voldaan is aan een aantal randvoorwaarden, geoorloofd en zeker ook wenselijk. Dat geldt voor samenwerking tussen zorgaanbieders die dezelfde soort zorg aanbieden in de vorm van kwaliteitsafspraken (bijvoorbeeld afspraken over 24-uurszorg) of die gezamenlijk producten inkopen. En het geldt voor zorgaanbieders die verschillende soorten zorg aanbieden en samenwerken met het oog op ketenzorg of in gezondheidscentra.

#### *Betere informatievoorziening over cliëntenrechten*

Er wordt door Consumentenbond, NPCF, CG-Raad, Zorgbelang en KiesBeter gewerkt aan verbetering van de vindbaarheid en het gebruik van informatie over cliëntenrechten. VWS ondersteunt dit samenwerkingsproject (zie ook [www.cliëntenrechten.nl](http://www.cliëntenrechten.nl)). De informatie op KiesBeter over cliëntenrechten is verbeterd.

#### *Meer onafhankelijke financiering cliëntenraden*

Wij hebben bij brief van 13 januari 2009<sup>1</sup> organisaties van cliënten en van zorgaanbieders opgeroepen afspraken te maken over financiering van cliëntenraden. Het overleg tussen de BOZ-brancheorganisaties van zorgaanbieders, BTN, Federatie Opvang en het LOC, Platform VG en LSR onder leiding van een onafhankelijke voorzitter, de heer mr. J.L.P.G. van Thiel, thans voorzitter van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV) heeft geleid tot een brief van deze partijen van 18 juni 2009. Partijen hebben niet alleen overlegd over de financiering van cliëntenraden, maar ook over de invloed van cliëntenraden bij fusies en bij bouw en over de structuur van de medezeggenschap. Zowel van de zijde van de aanbieders als van de zijde van de cliënten hebben organisaties in de gehandicaptensector de brief om uiteenlopende redenen niet onderschreven. De brief heeft, gelet op het brede draagvlak in de andere sectoren, een belangrijke rol gespeeld bij de vormgeving van de bepalingen over medezeggenschap in dit wetsvoorstel. Partijen hebben daarnaast een modelregeling opgesteld voor de financiering van cliëntenraden. Deze regeling bevat normen voor de bekostiging van cliëntenraden, bijvoorbeeld met betrekking tot scholing en ondersteuning. Deze regeling is van belang voor het overleg tussen cliëntenraden en zorgaanbieders over het budget voor cliëntenraden. De commissie van vertrouwenslieden zal deze regeling betrekken bij de beoordeling van geschillen tussen cliëntenraden en zorgaanbieders over de hoogte van het budget. De modelregeling biedt daarmee een goede basis voor een onafhankelijke financiering van cliëntenraden.

#### *Bredere toegang tot de geschillencommissie*

Er is één toegangslot tot een zorgbrede, externe en onpartijdige geschillencommissie gerealiseerd. Hiermee is de verbreding van de Geschillencommissie Ziekenhuizen naar de Geschillencommissie Zorginstellingen afgerond. De Geschillencommissie Zorginstellingen is op 1 juni 2008 van start gegaan (zie ook [www.degeschillencommissie.nl](http://www.degeschillencommissie.nl)).

#### *Tot stand komen tweezijdige algemene voorwaarden*

Om de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt te verduidelijken, is het van belang dat zij vooraf weten wat ze van elkaar mogen verwachten. Daarom wordt in het verband van de Sociaal Economische Raad gewerkt aan tweezijdige algemene voorwaarden in de zorg als bedoeld in artikel 6:233 en volgende van het BW. Per sector wordt overlegd tussen cliëntenorganisaties en organisaties van zorgaanbieders. VWS ondersteunt de cliëntenorganisaties voor een goede inbreng van de cliënt. In 2010 komen de

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 476, nr. 7.



algemene voorwaarden gereed voor ziekenhuizen, verpleging, verzorging en thuiszorg.

Het cliëntenperspectief is in deze voorwaarden geborgd door het kwaliteitskader van de Sociaal Economische Raad en de betrokkenheid van representatieve cliëntenorganisaties. Deze algemene voorwaarden worden echter niet van overheidswege dwingend voorgeschreven; zorgaanbieders hebben zelf de keuze deze te gebruiken. Het is redelijk van een cliëntenraad te verwachten dat hij het gebruik van tweezijdige algemene voorwaarden door de zorgaanbieder steunt en de aanbieder hier zelfs toe stimuleert. Leden van brancheorganisaties die algemene voorwaarden hebben opgesteld, kunnen op grond van lidmaatschap-gebeuren gebonden zijn aan die voorwaarden. Ook voor cliënten zijn de algemene voorwaarden in beginsel bindend. Echter, daarvoor is wel noodzakelijk dat de algemene voorwaarden aan de individuele cliënt ter hand zijn gesteld. Indien dit niet geschiedt, is de cliënt er niet aan gehouden. De naleving van algemene voorwaarden is afdwingbaar bij de geschilleninstantie en de civiele rechter.

*Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*  
De KNMG heeft samen met GGZ Nederland, KNGF, KNMP, KNOV, NFU, NIP, NPCF, NVZ en V&VN een Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg opgesteld. Deze handreiking is bedoeld om de samenwerking tussen zorgverleners die bij de zorg aan een cliënt zijn betrokken, te verbeteren en heeft betrekking op de organisatie van de zorgverlening. De handreiking komt naast zorginhoudelijke richtlijnen als de Zorgstandaard voor mensen met diabetes en de Richtlijn Keten-zorg COPD, die bedoeld zijn om de inhoudelijke samenhang in de zorg die verschillende zorgverleners leveren aan een cliënt te bevorderen (zie paragraaf 9.5).

*Verbeteringen goed bestuur naar aanleiding evaluatie Zorgbrede Governancecode*

Branche-organisaties van aanbieders hebben recent de Zorgbrede Governance code geëvalueerd. Uit de bevindingen daarvan blijkt dat «sturen op kwaliteit en veiligheid» een thema is waaraan gewerkt moet worden. Eén van de aandachtspunten daarbij is de verantwoording van maatschappijen van medisch-specialisten aan het bestuur van de zorgaanbieder. Ook is een belangrijk aandachtspunt dat de veldpartijen (zorgaanbieders, maar ook zorgverzekeraars en cliënten) zelf moeten zorgen voor de naleving van de code. Begin 2010 is de nieuwe code in werking getreden (zie paragraaf 14.3).

*Communicatie over de cliëntenrechten*

Na de aanvaarding van dit wetsvoorstel door de Eerste Kamer, zullen wij in samenwerking met organisaties van cliënten en zorgaanbieders zorgen voor goede voorlichting aan zowel cliënten als zorgaanbieders.

## **5. Een nieuwe wet voor de relatie tussen de cliënt in de zorg en de zorgaanbieder, waarin de cliënt centraal staat**

### *5.1 Inleiding*

In hoofdstuk 4 is geschetst dat voor het oplossen van de gesignaleerde knelpunten wetgeving en praktische verbeteringen noodzakelijk zijn. De vorm waarin wetgeving wordt gegoten, is mede, maar niet uitsluitend, afhankelijk van de aard en inhoud van hetgeen wordt geregeld. Ook aspecten van kwaliteit van wetgeving, zoals een goede onderlinge afstemming tussen de verschillende regels, transparantie en toegankelijkheid van de wetgeving zijn van groot belang. Daarop wordt in de paragrafen 5.2 en 5.3 ingegaan. In paragraaf 5.4 gaan wij in op de onderbrenging van de zeven rechten in dit wetsvoorstel. In paragraaf 5.5

gaan wij in op de redenen om de relatie tussen de zorgverzekeraar en de cliënt niet in dit wetsvoorstel te betrekken.

### *5.2 De keuze voor een nieuwe wet*

Wij zijn van mening dat voor de bedoelde verbeteringen in de rechtspositie van de cliënt niet kan worden volstaan met het aanbrengen van wijzigingen in de bestaande wetten. Met een dergelijke aanpak worden naar ons oordeel de fundamentele knelpunten, zeker wat betreft de gebrekkige toegankelijkheid en inzichtelijkheid en het gebrek aan afstemming tussen de ingevolge de verschillende wetten op zorgaanbieders rustende verplichtingen en de rechten van cliënten, niet afdoende opgelost. De gesignaleerde versnippering en ontoegankelijkheid zouden blijven bestaan, hetgeen niet alleen lastig is voor de cliënten die zich een beeld willen vormen van hun rechten. Ook voor de zorgaanbieders is het nodeloos belastend dat zij met een veelheid van – onderling niet optimaal op elkaar afgestemde – wettelijke regels te maken hebben, die betrekking hebben op de relatie met hun cliënten. Het naast elkaar handhaven van een aantal wetten waarin op de zorgaanbieder rustende verplichtingen zijn geregeld, zou het ook lastig maken om de versterking en duidelijke adressering van de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit van de zorg goed te regelen.

De cliënt moet centraal staan bij de inrichting van de zorgverlening, bij de feitelijke zorgverlening, en bij de beslissingen die daarbij worden genomen. De wetgever moet dit waarborgen, zowel voor mondige cliënten als voor cliënten die niet goed in staat zijn de regie over het eigen leven te voeren. De positie van cliënten in de gezondheidszorg wordt in hoge mate bepaald doordat zij zijn aangewezen op anderen, die beschikken over specifieke en specialistische kennis en middelen. De onzekerheid over de vraag of de juiste zorg wordt verkregen, of die zorg de problemen zal wegnemen of verminderen en wat de gevolgen van de zorg zijn voor de leefsituatie van de cliënt, plaatsen de cliënt, zelfs de mondige, in een afhankelijke positie. Dit vraagt om een goede, samenhangende regeling van de positie van de cliënt in de zorg. Juist nu de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder centraal staat en moet staan in de zorg, ligt het niet voor de hand dat wettelijke regels die van toepassing zijn op deze relatie, her en der verspreid in allerlei wetten blijven staan. Wij willen dan ook niet volstaan met aanpassing van bestaande wetgeving. Wij kiezen er nadrukkelijk voor de vele versnipperde regels inzake rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders uit vijf bestaande wetten in hun onderlinge relatie zoveel mogelijk in één wet bijeen te brengen. Het ligt voorts in de bedoeling te komen tot verdere uitbreiding van deze wet in de toekomst met andere daarvoor in aanmerking komende bepalingen.

De keuze voor één nieuwe wet voor de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder sluit aan bij de noodzaak te waarborgen dat de cliënt in de gezondheidszorg in alle situaties waarin hij zorg ontvangt, recht heeft op zorg van goede kwaliteit, recht om zelf te bepalen welke behandeling hij ondergaat (informed consent) en op bescherming van zijn privacy bij de zorgverlening.

Daar komt bij dat één cliëntenrechtenwet de gewenste paradigmashift tot uitdrukking brengt: de zorg en de regelgeving daaromtrent worden ingericht vanuit het perspectief van de cliënt. Dit wetsvoorstel creëert rechten voor de cliënt in zijn relatie met de zorgaanbieder. Deze rechten zijn gebundeld in één wetsvoorstel, zoals er ook wetten zijn voor de relatie tussen de verzekerde en de verzekeraar (Zvw, AWBZ) en voor de relatie tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder (Wmg).

Een samenhangende wettelijke regeling van rechten en plichten sluit aan bij het streven naar meer samenhang in de zorg. Samenhang in de zorg,

bijvoorbeeld tussen de eerste en de tweede lijn en tussen care en cure, is van groot belang voor de betrokken cliënten en voor de kwaliteit van de zorg. Het meer centraal stellen van kwaliteit en samenhang zal ook de doelmatigheid verbeteren als gevolg van minder complicaties, minder over- en onderbehandeling en – diagnostiek.

De bundeling en samenhangende presentatie en de onderlinge afstemming van de rechten en plichten in één wetsvoorstel bevordert ook de transparantie voor alle betrokkenen. Transparantie is een belangrijk middel om de kwaliteit van de zorg en de invloed van de cliënt te vergroten.

De onderwerpen in dit wetsvoorstel hebben (nagenoeg) alle betrekking op de kwaliteit en de transparantie van de zorg voor de cliënt. De kwaliteit van de zorg wordt thans bevorderd door de verplichtingen met betrekking tot een kwaliteitssysteem in de Kwaliteitswet, de verplichtingen inzake goed bestuur in de Wtzi, de bepalingen over een klachtenregeling in de Wkcz en de regels voor de invloed van cliëntenraden in de Wmcz. De transparantie wordt bevorderd door informatieverplichtingen in de WGBO die gelden in de individuele zorgrelatie, de bepalingen in de Kwaliteitswet met betrekking tot het doen van verslag over de kwaliteit, de verplichtingen in de Wtzi met betrekking tot de maatschappelijke verantwoording, en de regels in de Wkcz en de Wmcz met betrekking tot verslagen over behandelde klachten respectievelijk over medezeggenschap.

De versnippering van al deze met elkaar samenhangende bepalingen maakt het voor de cliënt moeilijk om na te gaan wat zijn rechten zijn en voor de aanbieder moeilijk om zijn verplichtingen in onderling verband te zien. De onderbrenging in onderling verband in één wet van de verschillende regels uit bestaande wetten, draagt ertoe bij dat de cliënt en de zorgaanbieder een zo overzichtelijk mogelijk beeld hebben van de wederzijdse rechten en plichten. Het is voor beide partijen handig als de regels die vooral betrekking hebben op hun relatie, zoveel mogelijk in één wettelijke regeling worden bijeen gebracht. Dit op zich draagt er al toe bij dat de rechten van de cliënt beter zullen worden nageleefd en, zonodig, kunnen worden gehandhaafd. In dit wetsvoorstel is bovendien de inhoud van de rechten en plichten verbonden met de mogelijkheid om de naleving daarvan privaatrechtelijk af te dwingen, via de klachtenregeling en de geschilleninstantie. Daarnaast zal de IGZ handhavend optreden wanneer sprake is van een situatie die een bedreiging kan vormen voor de veiligheid van cliënten of de zorg of het belang van goede zorg dat anderszins redelijkerwijs vergt.

Een wet waarin de bepalingen met betrekking tot kwaliteit en transparantie gebundeld zijn, maakt ook helder waar het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg op is gericht. De nieuwe bekostiging van de zorg (prestatiebekostiging), de activiteiten van Zichtbare Zorg, het werk van de Regieraad Kwaliteit van zorg, alles staat in het teken van kwaliteit en transparantie voor de cliënt.

### *5.3 De cliënt centraal in deze nieuwe wet*

De rechten en verplichtingen van zorgaanbieders en cliënten worden in verband met de centrale positie van de cliënt in de nieuwe wet specifiek geregeld vanuit het perspectief van de cliënt en dus ook daadwerkelijk zoveel mogelijk als positief recht op een bepaalde wijze van behandeling geformuleerd, dit in tegenstelling tot de thans bestaande situatie waarin veel rechten van cliënten een afgeleide zijn van tot de zorgaanbieder gerichte wettelijke verplichtingen. De rechten zijn daardoor voor de cliënten en de zorgaanbieders beter als zodanig herkenbaar. Het wetsvoorstel bepaalt tegelijk ook dat het de zorgaanbieder is die verplicht is ervoor te zorgen dat de zorg voldoet aan hetgeen waar de cliënt recht op heeft. Aldus kan geen enkele twijfel bestaan over de vraag jegens wie deze rechten tot gelding kunnen worden gebracht. De cliënt kan de

zorgaanbieder erop aanspreken (op basis van artikel 3:296 BW) dat hij overeenkomstig zijn rechten wordt behandeld. Hij hoeft bij een vordering niet meer te twijfelen of, en aan te tonen dat, de geschonden norm is gesteld ter bescherming van zijn belang. Voor de toepasselijkheid van artikel 6:162 BW (onrechtmatige daad) leidt zowel inbreuk op een recht als een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht tot schadeplichtigheid. Dat betekent overigens niet dat de cliënt bij schending van zijn recht een absoluut recht op schadevergoeding heeft. Het blijft noodzakelijk dat de onrechtmatige daad aan de dader kan worden toegerekend, dat wil zeggen: te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.

Het wetsvoorstel voorziet in belangrijke verbeteringen in de wettelijke verankering van de rechtspositie van de cliënt. Door de wetgeving in te richten vanuit het perspectief van de cliënt en door de aanvulling en verduidelijking van diens rechten zal de invloed van de cliënt in de zorg aanzienlijk kunnen toenemen. Daarbij kunnen individuele acties van mondiges cliënten, maar ook collectieve acties van organisaties die de belangen van cliënten ten doel hebben, een grote rol spelen wat betreft het focussen van de aandacht van de zorgaanbieders op het belang van de cliënt. Dat zal de cliënt in staat stellen zijn centrale rol in de zorg te spelen. Daarbij blijft uiteraard het bestaan van een vertrouwensband tussen de cliënt en de zorgverlener van groot belang. Het is echter onze overtuiging dat juist een mondigere en van een goede rechtspositie voorziene cliënt in een betere uitgangssituatie verkeert om zelf te kiezen voor een zorgverlener aan wie hij zijn vertrouwen kan schenken en zelf te bepalen of die zorgverlener tijdens de zorgverlening dat vertrouwen waarmaakt.

Het wetsvoorstel geldt, anders dan de WGBO, niet alleen voor geneeskundige zorg (en de daarbij behorende verpleging en verzorging), maar in beginsel voor alle vormen van zorg: dus niet alleen voor de zorg waarop cliënten aanspraak hebben op grond van hun zorgverzekering of op grond van de AWBZ, maar ook voor alle andere handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daarbij is het niet relevant of die op enige wijze met collectieve middelen worden gefinancierd of dat betrokkene of een ander de kosten daarvan draagt. Evenmin is relevant door wie die zorg wordt verleend: niet degene die zorg verleent, staat centraal, maar de cliënt die zorg ontvangt. Het is daarbij niet van belang of betrokkene die zorg ontvangt van een Big-geregistreeerde, een verzorgende of een andersoortige behandelaar.

#### *5.4 Rechten en plichten*

In de brief aan de Tweede Kamer over de rechten van de cliënt zijn zeven rechten geformuleerd<sup>1</sup>. In bijlage 2 bij deze toelichting is uiteengezet hoe deze rechten terugkeren in dit wetsvoorstel. De meeste van deze cliëntenrechten zijn in dit wetsvoorstel inderdaad opgenomen als recht voor de cliënt. In een aantal gevallen hebben wij er echter voor gekozen om in het wetsvoorstel een verplichting voor de zorgaanbieder op te nemen, in plaats van een recht voor de cliënt.

Bij de vormgeving van dit wetsvoorstel is nadrukkelijk gezien welke onderwerpen zich lenen voor het formuleren van een individueel recht voor de cliënt en welke onderwerpen beter kunnen worden geregeld door het formuleren van verplichtingen voor de zorgaanbieder, in welk geval de rechten van de cliënt en diens bescherming een afgeleide van die verplichtingen vormen.

Daarbij is onder ogen gezien dat een goede zorgrelatie een gelijkwaardige relatie tussen de daarbij betrokken partijen is. Tegelijk moet worden vastgesteld dat partijen de facto ongelijk zijn. De ongelijkheid schuilt niet

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2007/08, 31 476, nr. 1, pag. 15.

alleen in het verschil in professionaliteit en deskundigheid, maar ook in de afhankelijkheid van de cliënt jegens de zorgaanbieder.

Ook nu heeft de cliënt afdwingbare rechten (WGBO, Wmcz). Gegeven de ongelijkheid, is het voor cliënten echter soms onduidelijk wat zij van de zorgaanbieder kunnen verlangen, juist wanneer de relevante aspecten zijn geregeld in de vorm van verplichtingen voor de zorgaanbieder. Ook zal dan voor de cliënt niet altijd duidelijk zijn of de zorgaanbieder aan die verplichtingen heeft voldaan. Een bepaling die de cliënt een duidelijk geformuleerd recht geeft, maakt het voor de cliënt eenvoudiger om dat recht tegenover de zorgaanbieder in stelling te brengen, als hij van mening is dat deze dat recht niet in acht neemt. Het is dan aan de zorgaanbieder om de cliënt gemotiveerd uit te leggen dat het recht wel in acht is genomen. Daarom is ervoor gekozen de zeven rechten in dit wetsvoorstel zoveel mogelijk te laten terugkeren als een afdwingbaar recht voor de individuele cliënt. De rechten voor cliënten worden deels nader uitgewerkt in plichten voor zorgaanbieders.

Hoewel het voor de afdwingbaarheid niet wezenlijk uitmaakt of de wet rechten voor cliënten of plichten voor zorgaanbieders formuleert, vinden wij dat we de beoogde paradigmashift het beste dienen met het creëren van rechten voor cliënten als het gaat om zaken die direct te maken hebben met de individuele relatie van de cliënt met een zorgaanbieder. Of de naleving van een recht door de cliënt gemakkelijk kan worden afgedwongen, is niet zozeer afhankelijk van een formulering in termen van rechten of plichten, maar van de weg waarlangs naleving kan worden afgedwongen en van de concreetheid van de norm. Zo bepaalt artikel 9 dat een cliënt er jegens een aanbieder van zorg waarbij de cliënt gedurende het etmaal verblijft in een accommodatie, recht op heeft dat geestelijke verzorging beschikbaar is. In een individueel geval kan een cliënt zich op dit recht beroepen. Voor de zorgaanbieder betekent het dat hij gehouden is daar op voorbereid te zijn, bijvoorbeeld door afspraken te maken met diverse geestelijk verzorgers over hun beschikbaarheid.

Door de aanpassingen in het klachtrecht en de verplichte aansluiting van zorgaanbieders bij een geschilleninstantie, wordt het voor cliënten en cliëntenorganisaties eenvoudiger om de naleving van dit wetsvoorstel af te dwingen. Het recht op goede zorg is ons inziens het meest belangrijke recht van de cliënt. Dit recht zal gemakkelijker af te dwingen zijn naarmate de norm van goede zorg concreter is ingevuld. De activiteiten van de veldpartijen en van de Regieraad met betrekking tot richtlijnen, de activiteiten van Zichtbare zorg met betrekking tot de transparantie van de kwaliteit en het vastleggen van normen in lagere regelgeving zullen bijdragen aan een concretere invulling van de norm van goede zorg.

Naast individueel afdwingbare rechten bevat het wetsvoorstel bepalingen die verplichtingen voor zorgaanbieders bevatten over zaken die meer randvoorwaardelijk zijn voor een goede zorgverlening, zoals bijvoorbeeld de bepalingen met betrekking tot de organisatie van de zorg, goed bestuur en maatschappelijke verantwoording. Daarbij gaat het om aspecten die zich veelal onttrekken aan de waarneming van een individuele cliënt of waarvan de niet-naleving niet in alle gevallen tot voor de cliënt merkbare gevolgen leidt en waarvan het derhalve niet in de rede ligt te verwachten dat het toekennen van een individueel recht aan de cliënt toegevoegde waarde zal hebben. Met betrekking tot deze laatste onderwerpen ligt bestuursrechtelijke handhaving door de IGZ meer voor de hand. De IGZ mag, anders dan de cliënt, goed in staat worden geacht om de zorgaanbieder zonodig aan te spreken op het niet naleven van deze verplichtingen. Als het gaat om de naleving van rechten ligt het primaat uiteraard bij de individuele cliënt. Maar wanneer het belang van goede zorg dat vergt of er sprake is van een situatie die een bedreiging kan vormen voor de veiligheid van cliënten of de zorg, zal de IGZ handhavend optreden.

Met betrekking tot de onderwerpen die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van goede zorg (de plichten voor zorgaanbieders in dit wetsvoorstel) zijn in twee brieven over governance in de zorg enkele voornemens kenbaar gemaakt aan de Tweede Kamer<sup>1</sup>. Dat deel van de voornemens dat zeer nauw aansluit bij de bepalingen over goed bestuur in de Wtzi, is verwerkt in dit wetsvoorstel (zie de paragrafen 14.4 en 14.5). De overige elementen uit de brieven betreffen continuïteit van zorg, fusies, verdergaande eisen met betrekking tot goed bestuur en de mogelijkheid van een rendementsuitkering in de zorg. Voor deze onderwerpen is afzonderlijke wetgeving in voorbereiding.

Alle zeven rechten uit de brief aan de Tweede Kamer keren in dit wetsvoorstel in enige vorm terug. De meeste rechten uit de brief zijn ook in dit wetsvoorstel als een recht voor de cliënt geformuleerd. Het in de bovengenoemde brief opgenomen recht op keuze tussen zorgaanbieders ligt besloten in de verzekeringswetgeving (zie paragraaf 2.2). Het recht om te kiezen voor een individuele zorgverlener binnen een instelling is verwerkt in het recht om uitsluitend zorg te ontvangen na toestemming (zie paragraaf 11.2). Het recht op afstemming keert in dit wetsvoorstel wel terug, maar is niet als zelfstandig recht geformuleerd, omdat afstemming vooral als een voorwaarde voor goede zorg is te beschouwen. Op grond van artikel 7 zijn zorgaanbieders verplicht om te zorgen voor afstemming (zie paragraaf 9.5).

Een belangrijke randvoorwaarde voor beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg is eveneens in dit wetsvoorstel geregeld, zij het niet als een recht voor de cliënt en ook niet als een plicht voor een individuele zorgaanbieder, omdat dat niet past binnen het zorgstelsel. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke taak bij de tijdige beschikbaarheid van zorg (zie paragraaf 2.4). Indien de minister mocht vaststellen dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van spoedeisende zorg in gevaar komt, kan hij zorgaanbieders aanwijzen die alsdan verplicht zijn om met anderen tot goede afspraken te komen die dat probleem oplossen.

#### *5.5 De relatie tussen de cliënt en de zorgverzekeraar*

In dit wetsvoorstel zijn rechten van de cliënt jegens zorgaanbieders opgenomen en niet de rechten van de cliënt jegens zorgverzekeraars. De relatie tussen de cliënt en de zorgverzekeraar wordt buiten beschouwing gelaten omdat hierin reeds is voorzien met de Zvw, AWBZ en de Wmg.

Met de Zvw is nadrukkelijk voorzien in grotere mogelijkheden voor de burger om bij een verzekeraar naar eigen keuze een zorgverzekering te kiezen die zo goed mogelijk aansluit bij zijn wensen en is ook mogelijk gemaakt dat burgers desgewenst regelmatig een andere verzekeraar en een andere zorgverzekering kunnen kiezen.

Bij de Zvw zijn de rechten van de verzekerde nadrukkelijk en uitgebreid aan de orde geweest. Zo is in de Zvw een artikel opgenomen (artikel 28, eerste lid, onder b) dat zorgverzekeraars in hun statuten waarborgen moeten bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid. Invloed van verzekerden op het beleid van de onderneming die de verzekering uitvoert, is een belangrijk uitgangspunt van de sociale verzekering. Dit uitgangspunt is neergelegd in verscheidene door Nederland geratificeerde internationale verdragen die normen stellen over de vorm en inhoud van de sociale verzekering. Het betreft de ILO-verdragen nrs. 24 (Verdrag betreffende de ziekteverzekering van arbeiders in de industrie en de handel en van huispersoneel), 25 (Verdrag betreffende de ziekteverzekering van landarbeiders), 102 (Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid) en 121 (Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten) en de

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 32 012, nr. 1 en Kamerstukken II 2009/10, 32 012, nr. 4.

Europese Code inzake sociale zekerheid van de Raad van Europa. In de praktijk komt het er op neer dat zorgverzekeraars de invloed van verzekerden vaak geregeld hebben via een ledenraad of via lidmaatschap van de coöperatie of vereniging binnen het concern. Op die manier worden verzekerden betrokken bij het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Daarnaast hebben zorgverzekeraars ook contacten met bijvoorbeeld cliënten- en patiëntenorganisaties over o.a. het thema zorginkoop. Ook Zorgverzekeraars Nederland heeft in «De gedragscode van de zorgverzekeraar» opgenomen dat de zorgverzekeraar op passende wijze de stem van de verzekerde tot zijn recht laat komen en een open oor heeft voor de wensen van de verzekerden. Overigens kunnen bij amvb regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een zorgverzekeraar dienen te hebben. Hiervoor is tot op heden nog geen aanleiding geweest. De NZa houdt toezicht op de naleving van de Zvw en heeft tot op heden geconcludeerd dat de invloed van verzekerden voldoende is geborgd. Ook in de onlangs gehouden evaluatie van de Zvw is dit thema niet als aandachtspunt genoemd. In de Zvw is de medezeggenschap van verzekerden globaler geregeld dan zoals de medezeggenschap van cliënten ten opzichte van zorginstellingen in dit wetsvoorstel wordt geregeld. Dit heeft te maken met het feit dat de Europese richtlijnen schadeverzekering een grote mate van vrijheid van de verzekeraars verlangen. De overheid mag daardoor in de Zvw alleen regels stellen indien overheidsingrijpen noodzakelijk (en proportioneel) is op grond van het algemeen belang. Het betreft hierbij onder andere het opleggen van een acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en een wettelijke omschrijving van het verzekeringspakket.

Ook in de AWBZ worden cliënten, met name via de cliëntenorganisaties, betrokken bij het beleid van het zorgkantoor en de zorginkoopplannen. Zo worden onder andere regionale cliëntenorganisaties jaarlijks geconsulteerd bij het opstellen van de regionale inkoopplannen.

Daarnaast is in artikel 114 van de Zvw de verplichting voor de zorgverzekeraar opgenomen dat verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. In de AWBZ hebben verzekerden op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) de mogelijkheid bezwaar en beroep in te stellen tegen besluiten inzake hun aanspraken en bestaat de mogelijkheid klachten voor te leggen aan de Nationale Ombudsman.

In de Wmg is daarnaast de verplichting voor de zorgverzekeraars opgenomen dat zij informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze openbaar maken dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Dit is van belang zodat verzekerden een weloverwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekering. De NZa houdt hier toezicht op.

## **6. Rechtskarakter van deze wet**

### *6.1 De juridische grondslag voor de zorgverlening*

In de praktijk zal vaak noch de cliënt, noch de zorgaanbieder zich rekenschap geven van de juridische grondslag voor de zorgverlening of van de wettelijke regels die daarop van toepassing zijn. Dat is ook niet noodzakelijk. Voor een goede zorgrelatie is van belang dat de cliënt erop kan vertrouwen dat hij door de zorgaanbieder goed zal worden geholpen.

De juridische grondslag voor de zorgverlening kan zijn gelegen in een geneeskundige behandelingsovereenkomst of een andere overeenkomst. Soms is onduidelijk met wie ter zake van welk deel van de zorgverlening een (behandelings)overeenkomst bestaat. Bij zorgverlening in het kader

van een instelling is voor de cliënt in de praktijk veelal nauwelijks te overzien of ieder van de verschillende personen met wie hij in contact komt, dat doet op grond van een rechtstreeks tussen hem en de cliënt bestaande behandelingsovereenkomst dan wel als medewerker van een ander met wie de behandelingsovereenkomst is gesloten. Dit kan zich ook voordoen als er sprake is van zorgverlening gelijktijdig door verschillende zorgaanbieders. Voor de cliënt is dan moeilijk vast te stellen wie hij in dat geval kan aanspreken inzake de naleving van zijn rechten. Voor de intramurale zorginstellingen die een geneeskundige behandelingsovereenkomst zijn aangegaan zijn deze problemen, maar niet alle, ondervangen door de bepaling inzake mede-aansprakelijkheid van het ziekenhuis (artikel 7:462 BW) en de schakelbepaling van artikel 7:464 BW. Deze waarborgen dat de cliënt zich in de praktijk niet echt bezig hoeft te houden met de vraag naar de juridische grondslag van zijn verhouding met de zorgaanbieder of de vraag wie precies zijn wederpartij is. Er blijven evenwel situaties (verzorging zonder geneeskundige behandeling) waarin van een geneeskundige behandeling geen sprake is en waarbij dus ook artikel 7:464 BW niet van toepassing is. De bestaande bepaling inzake mede-aansprakelijkheid geldt voorts alleen bij (academische) ziekenhuizen, verpleeginrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen alsmede abortusklinieken.

Er zijn situaties denkbaar waarin zorg wordt verleend, zonder dat tussen zorgaanbieder en cliënt een behandelingsovereenkomst dan wel een andere overeenkomst inzake het verlenen van zorg is gesloten. Veel zorg als bedoeld in de Zvw of de AWBZ wordt verleend op basis van een aanspraak op zorg in natura. Dat is een recht van de cliënt jegens zijn zorgverzekeraar op levering van de zorg door personen of instellingen die de zorgverzekeraar daartoe heeft gecontracteerd. De cliënt ontvangt de zorg in een dergelijke situatie in juridisch opzicht van de zorgverzekeraar en treedt derhalve niet op als opdrachtgever van de zorgaanbieder. Dat hij bij het tot gelding brengen van zijn recht op levering van zorg jegens de zorgverzekeraar veelal kan kiezen uit meerdere zorgaanbieders die voor de zorgverzekeraar de zorg verlenen, leidt er als zodanig niet toe dat er alsnog een overeenkomst tot stand komt tussen de cliënt en de zorgaanbieder. De zorg wordt in dat geval verleend op basis van de overeenkomst die de zorgverzekeraar ten behoeve van de cliënt met de zorgaanbieder heeft gesloten. De patiëntenrechten uit de WGBO zijn dan desalniettemin van toepassing op de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder, indien sprake is van een geneeskundige behandeling. Ook kan gedacht worden aan situaties waarin sprake is van gedwongen zorg, zoals in geval betrokkene gedwongen is opgenomen in een zorginstelling op grond van de Wet bopz. Te denken valt ook aan gevallen waarin de cliënt een keuring ondergaat in verband met een indienst-treding of arbeidsongeschiktheid, of waarin hij zich als militair voor behandeling moet wenden tot de militaire geneeskundige diensten. Ook valt te denken aan (nood)situaties waarin de zorgaanbieder zorg verleent, terwijl de cliënt niet in staat is toestemming voor de zorgverlening te geven en dus geen overeenkomst kan aangaan (en een dergelijke overeenkomst ook niet kan worden aangegaan met een ander die de belangen van de cliënt behartigt).

Bij het opstellen van wetgeving inzake de rechten van de cliënt moest rekening worden gehouden met zowel de groep cliënten die zelf hun zorg inkopen door een overeenkomst aan te gaan met de zorgaanbieder, als met de groep cliënten die een aanspraak op zorg in natura hebben en andere situaties waarin zorg wordt verleend zonder onderliggende overeenkomst tussen cliënt en zorgaanbieder. De keuze om de rechten van de cliënt niet langer, zoals thans bij de geneeskundige behandeling, te regelen in het kader van een bijzondere



overeenkomst, maar deze, los van de onderliggende juridische grondslag van de zorgrelatie, rechtstreeks uit de wet te doen voortvloeien, sluit beter aan bij deze feitelijke situatie en leidt in wezen niet tot een andere situatie dan die thans geldt op grond van artikel 7:464 BW.

De bepalingen gelden ongeacht of de onderliggende verhouding op een overeenkomst is gebaseerd. De wet geldt ook als de cliënt zich mogelijk aan de zorg moet onderwerpen in het kader van zijn verplichtingen als werknemer of ontvanger van een uitkering of anderszins. De wet zelf is de bron en grondslag van de tussen de cliënt en de zorgaanbieder bestaande verbintenissen. Daardoor hoeft de cliënt zich niet af te vragen of er ook sprake is van een behandelingsovereenkomst of een andersoortige overeenkomst tussen hem en de zorgaanbieder of iemand anders die in de organisatie van de zorgaanbieder zorg aan hem verleent. In geval tussen de cliënt en de zorgaanbieder dan wel een voor deze bij de zorgverlening ingeschakelde zorgverlener een overeenkomst wordt gesloten, moeten de contractuele verplichtingen in overeenstemming zijn met de rechten en plichten uit hoofde van deze wet. Afspraken die strijdig zijn met deze wet zijn nietig.

Aan een schakelbepaling met een reikwijdte als die van artikel 7:464 BW bestaat in verband daarmee dan geen behoefte meer. De cliënt kan op grond van deze wet te allen tijde eenvoudig alle zorgaanbieders aanspreken met klachten over de verleende zorg, zonder dat hoeft te worden stilgestaan bij de exacte juridische basis. Cliëntenrechten kunnen daardoor op eenvoudige en snelle wijze worden uitgeoefend, gerealiseerd en zonedig afgedwongen door de cliënt of de toezichthouder.

Het wetsvoorstel formuleert rechten voor de cliënt jegens de zorgaanbieder en verplichtingen voor de zorgaanbieder jegens de cliënt. Het wetsvoorstel houdt in dat een zorgaanbieder ook verantwoordelijk is voor de naleving van de wet door al degenen van wie hij zich in een instelling bedient voor het leveren van zorg aan de cliënten. Deze verantwoordelijkheid betreft ook het doen en laten van en de hulpzaken gebruikt door personen die voor de zorgaanbieder (in een instelling) werkzaam zijn en die mogelijk zelfs een overeenkomst terzake met de cliënt of een ander zijn aangegaan. Dit kan leiden tot aansprakelijkheid, mits de zorgaanbieder verwijtbaar is tekortgeschoten.

De cliënt kan de zorgaanbieder zonedig op het correct nakomen van zijn verplichtingen aanspreken en die nakoming afdwingen. Cliënten kunnen zich op hun rechten beroepen bij de civiele rechter. Ook voor de betaling van eventuele schade die het gevolg is van het handelen in strijd met de wettelijke verplichtingen door de zorgaanbieder of degenen die ten behoeve van hem werken, is de zorgaanbieder aansprakelijk (op een hierna te bespreken uitzondering na). Dat laat onverlet dat uit de onderlinge verhouding tussen de zorgaanbieder en de voor hem werkzame hulpverlener kan voortvloeien dat de zorgaanbieder de door hem betaalde schadevergoeding op deze kan verhalen (zie artikel 6:102 BW).

Een cliënt is echter niet genoodzaakt zich tot de rechter te wenden. Dit wetsvoorstel voorziet immers in een vorm van (buitengerechtelijke) geschillenbeslechting, die kan worden voorafgegaan door behandeling in de interne klachtenbehandelingsprocedure. De introductie van deze laagdrempelige en goedkope vorm van geschillenbeslechting is een grote stap voorwaarts op de weg van de bescherming van cliëntenrechten. Zorgaanbieders worden verplicht zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Deze geschilleninstantie moet bindende uitspraken kunnen doen ter beslechting van geschillen over de naleving van de individuele cliëntenrechten.

Clënten kunnen zich bij schending van hun rechten wenden tot de onafhankelijke geschilleninstantie waartoe deze wet verplicht of tot de civiele rechter in een normale dagvaardingsprocedure. Bij de geschillencommissie of de civiele rechter kunnen ze nakoming vorderen van cliëntenrechten (bijvoorbeeld het recht op inzage van het medische dossier) of een vordering tot betaling van een schadevergoeding instellen (bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een verwijtbare medische fout waardoor een cliënt schade heeft geleden).

### *6.2. Samenloop van verbintenissen op grond van deze wet met andere rechten en plichten*

Deze wet stelt regels voor de privaatrechtelijke relatie tussen zorgaanbieders en cliënten. De rechten van cliënten vloeien rechtstreeks voort uit dit wetsvoorstel. De wet stelt publiekrechtelijk de normen waarbinnen de zorgverlening zal moeten plaatsvinden en bevat dwingendrechtelijke bepalingen die in acht genomen moeten worden in alle verhoudingen die bestreken worden door het wetsvoorstel. Publiekrechtelijk toezicht op de naleving wordt uitgevoerd door de IGZ. Daarnaast kunnen cliënten de naleving van de wettelijke rechten afdwingen langs privaatrechtelijke weg: via de geschilleninstantie of de burgerlijke rechter.

Het wetsvoorstel doet niets af aan de bestaande andere mogelijkheden die de cliënt heeft om op te komen tegen zorg die kwalitatief niet goed is. De twee belangrijkste situaties die in dit verband bespreking behoeven, zijn de samenloop van verbintenissen op grond van deze wet met:

- a. de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder of een ander op grond van een overeenkomst met de cliënt (paragraaf 6.3);
- b. de rechten en plichten die voortvloeien uit een AWBZ-verzekering of een zorgverzekering (paragraaf 6.4).

### *6.3. Samenloop van deze wet met rechten uit een overeenkomst*

Het merendeel van de wettelijke bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst is – in soms enigszins aangepaste vorm – overgenomen in dit wetsvoorstel. Dit betreft de artikelen inzake het recht op informatie (artikelen 7:448 en 7:449 BW), het toestemmingsvereiste (artikelen 7:450 en 7:451 BW), de verplichting van de cliënt om de nodige medewerking te verlenen (artikel 7:452 BW), goed hulpverlenerschap (artikel 7:453 BW), de verplichting tot dossiervorming (artikelen 7:454, 7:455 en 7:456), de geheimhoudingsverplichting (artikel 7:457 BW), de gegevens voor wetenschappelijk onderzoek (artikel 7:458 BW), het recht op privacy (artikel 7:459 BW) de mede-aansprakelijkheid (artikelen 7:462 en 7:463 BW), de overeenkomstige toepassing van de WGBO in gevallen waarin aan de behandeling geen overeenkomst ten grondslag ligt (artikel 7:464 BW), het naleven van verplichtingen bij minderjarige cliënten en wilsonbekwamen jegens ouders en wettelijke vertegenwoordigers (artikel 7:465 BW) en situaties waarin een vereiste toestemming niet tijdig kan worden verkregen (artikel 7:466 BW).

De overbrenging van het merendeel van de bepalingen uit de sfeer van de geneeskundige behandelingsovereenkomst naar deze wet laat onverlet dat moet worden stilgestaan bij de vraag op welke grondslagen cliënten hun vordering in een procedure kunnen baseren.

### *Onrechtmatige daad*

Als de cliënt ervoor kiest zijn vordering voor te leggen aan de civiele rechter, kan hij een vordering tot nakoming van een recht baseren op artikel 3:296 BW. Die bepaling brengt met zich dat hij die op grond van de wet verplicht is om iets te doen of na te laten, op vordering van de gerechtigde daartoe zal worden veroordeeld. De wettelijke verplichting om te doen of na te laten, behoeft niet voort te vloeien uit het BW, maar kan zijn vervat in een andere wet, zoals bijvoorbeeld dit wetsvoorstel. De

rechten van cliënten vloeien in dat geval rechtstreeks voort uit onderhavige wet (verbintenis op grond van de wet); de cliënten kunnen zich daarop rechtstreeks bij de civiele rechter beroepen. Wanneer een cliënt schade heeft geleden als gevolg van schending van één van de bepalingen van deze wet, kan hij bij de civiele rechter een vordering tot betaling van een schadevergoeding instellen. Een dergelijke vordering kan op onrechtmatige daad (artikel 6:162 BW) worden gebaseerd.

#### *Wanprestatie*

Dat de cliëntenrechten in de toekomst zijn geregeld in onderhavige wet, laat onverlet dat met betrekking tot de zorgverlening tussen de zorgaanbieder, en eventueel voor deze werkzame professionals, en de patiënt een overeenkomst kan bestaan. Deze wet heeft geen gevolgen voor het bestaan van een geneeskundige behandelingsovereenkomst, evenmin als voor andere overeenkomsten. De behandelingsovereenkomst, als bijzondere afdeling in boek 7 van het BW, blijft in aangepaste vorm in stand. De contractuele verplichtingen moeten wel in overeenstemming zijn met de rechten en plichten uit hoofde van de onderhavige wet. Afspraken die strijdig zijn met deze wet, zijn nietig. De cliënt kan desgewenst bij de civiele rechter met een actie uit wanprestatie nakoming van de overeenkomst vorderen, alsmede schadevergoeding, indien hij schade heeft geleden; daarvoor is vereist dat sprake is van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming.

#### *Mede-aansprakelijkheid*

De hulpverlener met wie de patiënt een overeenkomst heeft gesloten, hoeft niet dezelfde (rechts)persoon te zijn als de zorgaanbieder in de onderhavige wet. Indien een overeenkomst is gesloten met een medisch-specialist in een ziekenhuis, zal de patiënt de medisch-specialist, in geval van schade als gevolg van verwijtbaar medisch handelen, op grond van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de overeenkomst, kunnen aanspreken en uit dien hoofde schade kunnen vorderen. De medisch-specialist is dan zijn contractuele verplichtingen niet nagekomen. Dit doet niet af aan de mogelijkheid voor de cliënt om desgewenst de zorgaanbieder (het ziekenhuis) aan te spreken voor deze niet-nakoming of de schade die daarvan het gevolg is. Artikel 3 regelt dat de zorgaanbieder mede-aansprakelijk is in dat geval.

Indien de cliënt een vordering instelt bij de burgerlijke rechter, kan hij uiteraard al zijn mogelijke vorderingen op het ziekenhuis en de zorgprofessional op basis van onrechtmatige daad en eventueel wanprestatie gelijktijdig aan de orde stellen.

Indien de cliënt ervoor kiest zijn vordering aanhangig te maken bij de op grond van deze wet voorgeschreven geschilleninstantie, zal hij zich daarbij, zoals reeds vermeld, moeten beperken tot de zorgaanbieder (tenzij betrokken zorgverleners, onverplicht, ervoor kiezen ook voor geschillen uit hoofde van met cliënten gesloten overeenkomsten een gang naar de geschilleninstantie mogelijk te maken). Dat doet evenwel geenszins af aan het gegeven dat de cliënt zijn rechten ten volle tot gelding kan brengen op grond van deze wet en de daarin vervatte mogelijkheden om bij de geschilleninstantie of de rechter naleving van zijn rechten door de zorgaanbieder af te dwingen of van deze schadevergoeding te verkrijgen.

Voor de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder op grond van deze wet en voor die van het ziekenhuis en de medisch-specialist op grond van een eventuele overeenkomst is in beginsel niet van belang of ter zake van die aansprakelijkheid een verzekering is gesloten. Desalniettemin is denkbaar dat verschillende partijen hun aansprakelijkheid bij verschillende zorgverzekeraars en tot andere bedragen hebben gedekt. De mogelijk-

heden tot het verkrijgen van schadevergoeding worden uiteraard mede bepaald door de verhaalbaarheid van (niet verzekerde) schade die het vermogen van de zorgaanbieder of de zorgprofessional biedt. Veelal zal de mogelijkheid om schade op het ziekenhuis te verhalen groter zijn dan die van de zorgprofessional. Bij het maken van een keuze voor de weg waarlangs de cliënt zijn schade wil verhalen, kan dit dan ook een element van afweging zijn.

#### *Algemene voorwaarden*

De behandelingsovereenkomst vormt voor zorgaanbieders en cliënten een bekend kader voor hun relatie, waarvoor modelovereenkomsten zijn ontworpen en algemene voorwaarden worden ontwikkeld. Algemene voorwaarden zijn schriftelijke bedingen die zijn opgesteld teneinde in een aantal (zorg)overeenkomsten te worden opgenomen. Zorgaanbieders en cliëntenorganisaties zijn bezig de cliëntenrechten en verplichtingen van zorgaanbieders en cliënten per sector nader vorm te geven in dergelijke tweezijdige algemene voorwaarden. Tweezijdigheid betekent dat de algemene voorwaarden in overeenstemming tussen organisaties van zorgaanbieders en cliëntenorganisaties worden opgesteld. Deze algemene voorwaarden hebben betrekking op, tussen partijen, te sluiten overeenkomsten. Wij zijn groot voorstander van deze vorm van zelfregulering, waarbij cliëntenrechten worden uitgewerkt in nadere afspraken, die inhoudelijk worden gedragen door cliëntenorganisaties en zorgaanbieders. Deze positieve ontwikkeling zorgt ervoor dat cliënten in het concrete geval nog beter weten wat hun rechten en verplichtingen zijn. Dit komt de rechtszekerheid voor de cliënten in de zorg ten goede en versterkt de rechtspositie van cliënten.

Overigens is van belang dat, ook waar geen sprake is van een onderliggende overeenkomst, de in een bepaalde sector gehanteerde algemene voorwaarden zullen kunnen doorwerken in de zorgrelatie. De zorgaanbieder zal immers in de dagelijkse praktijk al zijn cliënten materieel gelijk willen behandelen.

#### *6.4 Samenloop van deze wet met rechten uit de AWBZ-verzekering of een zorgverzekering*

Het overgrote deel van de zorg waarop deze wet van toepassing is, behoort tot de zorg omschreven bij of krachtens de AWBZ of de Zvw en wordt ook daadwerkelijk gefinancierd met toepassing van die wetten. Dat doet niet af aan het feit dat de wet ook geldt voor andere zorg.

Het bestaan van vorderingsrechten van de cliënt uit hoofde van deze wet doet niets af aan de rechten die hij op grond van de AWBZ dan wel zijn zorgverzekering ingevolge de Zvw (of een andere privaatrechtelijke verzekering) heeft jegens zijn zorgverzekeraar<sup>1</sup>.

Het wetsvoorstel kent de cliënt rechten toe jegens de zorgaanbieder en betreft dus niet de verbintenissen die voor de cliënt en de zorgverzekeraar voortvloeien uit de wettelijke verzekering van de AWBZ of een verzekeringsovereenkomst in het kader van de Zvw.

Evenzo raakt het wetsvoorstel niet aan hetgeen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder eventueel mochten zijn overeengekomen ter zake van het leveren van zorg aan verzekerden, zij het dat daarbij uiteraard niet kan worden afgeweken van de rechten die voor de cliënt uit deze wet voortvloeien.

Desalniettemin is het dienstig enige kanttekeningen bij de verschillende situaties te plaatsen.

Op grond van deze wet kan de cliënt, ook als het gaat om zorg die hem ingevolge een naturaverzekering wordt geleverd door een zorgaanbieder die daartoe met de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, van de zorgaanbieder verlangen dat deze jegens hem handelt in overeen-

---

<sup>1</sup> Met de term zorgverzekeraar worden in dit verband zowel de private zorgverzekeraar die de Zvw uitvoert als de publieke zorgverzekeraar en het zorgkantoor die de AWBZ uitvoeren bedoeld.

stemming met de cliëntenrechten. Hij kan deze zonodig ook aanspreken voor alle schade die hem in verband met de zorgverlening is overkomen.

#### *AWBZ*

Op grond van de AWBZ heeft de verzekerde, waarvan is vastgesteld dat hij op AWBZ-zorg is aangewezen, er recht op dat die zorg hem wordt geleverd door een zorgaanbieder (individuele beroepsbeoefenaar of instelling) die daartoe door de zorgverzekeraar is gecontracteerd; de verzekerde krijgt zijn zorg (door tussenkomst) van zijn zorgverzekeraar, die zich daarvoor bedient van door hem daarvoor ingeschakelde zorgaanbieders. Daarnaast kent de AWBZ de mogelijkheid dat een verzekerde de zorg waarop hij is aangewezen, met behulp van een hem daartoe te verstrekken pgb zelf inkoop bij iemand die bereid is hem die zorg te verlenen.

De AWBZ is een publiekrechtelijke verzekering (van rechtswege). De verzekerde kan langs de weg van de bestuursrechtelijke rechtsbescherming bezwaar en beroep instellen (Awb-bezwaar, met betrokkenheid van het College voor zorgverzekeringen, CVZ), en beroep op de rechtbank en hoger beroep op de Centrale Raad van Beroep) indien hem geen of niet tijdig (bijv. als gevolg van te lange wachttijden) zorg wordt geleverd, dan wel de kwaliteit van de hem geboden zorg niet aan de maat is. Dat kan ook tegen een besluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg waarbij wordt vastgesteld dat en op welke zorg een verzekerde is aangewezen. Het is immers de zorgverzekeraar die op grond van de AWBZ gehouden is voldoende zorg van goede kwaliteit in te kopen en te verstrekken. Nu ingevolge deze wet is geregeld dat de cliënt recht heeft op goede zorg, met inbegrip van inachtneming van al zijn rechten, kan worden gesteld dat de zorgverzekeraar die zorg doet leveren die niet aan die eisen voldoet, een onjuiste uitvoering geeft aan de wettelijke aanspraak van de verzekerde.

Iets anders is of de verzekerde die van oordeel is dat de hem verstrekte zorg niet het vereiste kwaliteitsniveau had, van zijn zorgverzekeraar – civielrechtelijk – vergoeding kan eisen van de schade die hij daardoor heeft geleden. De AWBZ bevat daaromtrent geen bepalingen; evenmin is in de jurisprudentie iets te vinden over dergelijke kwesties. Niet valt echter in te zien waarom de zorgverzekeraar, die op grond van de wet gehouden is de verzekerde goede zorg te leveren, bij het schenden van deze verbintenis door de verzekerde civielrechtelijk niet voor dergelijke schade zou kunnen worden aangesproken.

Voor de goede orde zij benadrukt dat een en ander niet geldt in geval de verzekerde met behulp van een pgb zelf zijn zorg inkoop; dergelijke gevallen verschillen niet van situaties waarin een persoon buiten een zorgverzekering om zelf zorg inkoop bij een zorgaanbieder; geschillen over de kwaliteit van de geleverde zorg en eventuele schade als gevolg daarvan dienen alsdan met de zorgaanbieder te worden uitgevochten.

#### *Zvw*

Op grond van de Zvw heeft een verzekerde die aan zijn verzekeringsverplichting heeft voldaan, een verzekeringspolis waarin zijn zorgverzekeraar (eventueel per zorgsoort) heeft vastgelegd of de verzekerde recht heeft op levering van zorg (natura) of op restitutie van de gemaakte kosten. In het eerste geval zal de verzekerde zich voor het verkrijgen van die zorg moeten wenden tot een van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. In het tweede geval heeft verzekerde de vrije keuze zelf te bepalen waar hij zijn zorg inkoop en kan hij de kosten daarvan bij de zorgverzekeraar voor vergoeding indienen (restitutie). In dat geval heeft, net als bij inkoop van zorg met behulp van een pgb, de verzekerde slechts

een relatie met de zorgaanbieder en kan en moet hij de zorgaanbieder ook zelf op naleving van de rechten in deze wet aanspreken.

Als en voor zover de verzekerde op grond van zijn polis recht heeft op levering van zorg (in natura), geldt dat zijn zorgverzekeraar degene is die ervoor moet zorgen dat de verzekerde die zorg ook ontvangt. Daartoe zal de zorgverzekeraar overeenkomsten met zorgaanbieders moeten sluiten (voldoende), waarna de verzekerde kan kiezen bij welke gecontracteerde zorgaanbieder hij zijn zorg wenst te verkrijgen.

De Zvw is een privaatrechtelijke verzekering (die komt tot stand doordat betrokkenen met elkaar een overeenkomst sluiten); als de zorgverzekeraar tekortschiet in het (doen) verstrekken van de zorg waarop aanspraak bestaat (bijv. als gevolg van te lange wachttijden), zal de verzekerde de zorgverzekeraar daarop moeten aanspreken (rechtstreeks en, zonodig, bij de geschillencommissie, bedoeld in artikel 114 Zvw of de burgerlijke rechter).

Strikt genomen kan de verzekerde langs deze weg ook actie ondernemen indien de kwaliteit van de hem wel geboden zorg niet aan de maat is; het is immers duidelijk dat de zorgverzekeraar op grond van de polis gehouden is voldoende zorg van goede kwaliteit in te kopen en deze tijdig te verstrekken. Evenzo kan de verzekerde de zorgverzekeraar, die op grond van de wet gehouden is de verzekerde goede zorg te leveren, aanspreken voor schade die hij lijdt omdat de geleverde zorg niet in overeenstemming was met de wettelijke eisen.

Aparte vermelding verdient in dit verband dat de Zvw nadrukkelijk regelt dat een naturaverzekerde desgewenst ervoor kan kiezen toch zelf zijn zorg in te kopen bij een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De wet regelt evenwel nadrukkelijk dat de verzekerde in dat geval mogelijk een deel van de kosten zelf zal moeten dragen. Wat betreft de samenloop van rechten uit hoofde van deze wet en de Zvw, is daarbij echter geen verschil met situaties waarin een verzekerde zijn zorg zelf inkoop.

In de praktijk zal een verzekerde zich na totstandkoming van deze wet in het geheel niet met dergelijke vragen hoeven bezig te houden. Hij kan volstaan met het aanspreken van zijn zorgaanbieder op grond van deze wet.

Dat lijdt slechts uitzondering indien de natura-verzekerde te maken zou hebben met het niet kunnen verkrijgen van de verzekerde zorg bij een door zijn zorgverzekeraar daartoe gecontracteerde medewerker. In dat geval zal hij zich moeten wenden tot zijn zorgverzekeraar, die alsdan zal hebben te regelen dat betrokkene de zorg alsnog ontvangt (bijv. door de zorgaanbieder aan te zetten zijn aangegane verplichtingen na te komen of extra overeenkomsten te sluiten dan wel verzekerde andere hulp te bieden), dan wel hem toestemming moeten geven om zelf de zorg te verkrijgen bij een niet door hem gecontracteerde partij (eventueel zelfs in het buitenland) en de verzekerde vervolgens de gemaakte kosten moeten vergoeden (restitutie).

De servicegerichte zorgverzekeraar zou in voorkomend geval echter wel de verzekerde kunnen ondersteunen als die te maken mocht hebben met een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder die zich niet netjes gedraagt teneinde op die wijze te voorkomen dat nodeloos procedures moeten worden gevoerd.

#### *Tot slot*

Dat de verzekerde in geval van zorg in natura de zorgverzekeraar aanspreekt, laat onverlet dat de zorgverzekeraar waarschijnlijk op zijn beurt voor deze door hem alsdan te vergoeden schade verhaal zou kunnen halen bij zijn contractuele wederpartij (de zorgaanbieder die de

zorg voor hem heeft geleverd). Uiteraard ligt dit met betrekkelijk tot eventuele strafrechtelijke aansprakelijkheid anders; indien sprake mocht zijn van strafbaar handelen, zal dat meestal strafbaar handelen van de zorgaanbieder zijn en zal slechts in zeer bijzondere gevallen sprake kunnen zijn van mededaderschap of medeplichtigheid van een zorgverzekeraar.

#### *6.5 De rol van cliënten, cliëntenraden, cliëntenorganisaties bij de naleving van de cliëntenrechten*

Hiervoor is ingegaan op de mogelijkheden voor de cliënt om op te komen tegen het niet inacht nemen van zijn rechten. Cliënten kunnen de naleving van hun rechten en van de verplichtingen die voor zorgaanbieders voortvloeien uit deze wet afdwingen bij een geschilleninstantie of de civiele rechter. Cliënten kunnen bij een geschilleninstantie of de civiele rechter de naleving van het recht op een medezeggenschapsregeling en op de aansluiting van de zorgaanbieder bij een commissie van vertrouwenslieden afdwingen. Cliëntenraden kunnen de naleving van de bepalingen met betrekking tot medezeggenschap in de artikelen 34 tot en met 37 afdwingen bij de commissie van vertrouwenslieden.

Wij zien daarnaast voor de handhaving van de cliëntenrechten ook een belangrijke rol weggelegd voor cliëntenorganisaties. Cliëntenorganisaties hebben op grond van artikel 3:305a BW al de mogelijkheid een collectieve actie bij de civiele rechter in te stellen. Indien sprake is van een inbreuk op één van de in deze wet geformuleerde cliëntenrechten, kunnen de cliëntenorganisaties de civiele rechter bijvoorbeeld een verbod van de bewuste inbreuk of een verklaring voor recht vragen om te bewerkstelligen dat de zorgaanbieder zijn verplichtingen alsnog nakomt. Een vordering tot betaling van schadevergoeding is bij de collectieve actie niet mogelijk. Cliëntenorganisaties krijgen in het verlengde daarvan ook toegang tot de geschilleninstantie. Als een belang in het geding is dat deze organisatie volgens haar statuten behartigt, kan de cliëntenorganisatie de naleving van dezelfde rechten en verplichtingen afdwingen als individuele cliënten. Een vordering tot vergoeding van schade bij de geschilleninstantie is voor deze organisaties net als in het kader van een collectieve actie niet mogelijk gemaakt.

Ten slotte hebben cliëntenorganisaties op grond van artikel 7:907 BW de bevoegdheid de rechter te verzoeken om een overeenkomst tot afwikkeling van massaschade algemeen verbindend te verklaren. Men spreekt van massaschade indien door één gebeurtenis een groep personen schade lijdt. Een schadeveroorzaker en een organisatie die de belangen van benadeelden behartigt kunnen een overeenkomst over de schadevergoeding sluiten. Deze overeenkomst kan dan door de rechter verbindend verklaard worden voor de gehele groep benadeelden. Voor slachtoffers heeft deze wijze van afwikkeling het voordeel dat zij zonder langdurige juridische procedures binnen korte tijd en op een eenvoudige wijze de schade vergoed krijgen.

## **7. Bestuurlijke handhaving**

### *7.1 Verbetering in de bestuurlijke handhaving*

Een belangrijk voordeel van dit wetsvoorstel is dat het, anders dan de bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst, ook een handvat biedt voor bestuursrechtelijk toezicht door de IGZ op naleving van verplichtingen voor zorgaanbieders voortvloeiend uit rechten van cliënten. De IGZ houdt toezicht op de naleving van deze wet door zorgaanbieders en treedt zonodig handhavend op. Besluiten van de IGZ kunnen worden getoetst door de bestuursrechter.

Het is uiteraard niet de bedoeling dat de IGZ de primaire rol van de cliënten bij het zondig afdwingen van de naleving van hun rechten overneemt. De IGZ kent een systematisch handhavingskader<sup>1</sup> en zal handhavend optreden wanneer er sprake is van een situatie die een bedreiging kan vormen voor de veiligheid van cliënten of de zorg, of het belang van goede zorg dat anderszins redelijkerwijs vergt. Het is de IGZ die binnen dat kader beoordeelt of stappen moeten worden gezet om te komen tot het (doen) nemen van bestuursrechtelijke maatregelen. Als de IGZ een melding ontvangt over het functioneren van een zorgaanbieder, zal de IGZ deze nader onderzoeken als het gaat om een calamiteit, seksueel misbruik of wanneer het belang van goede zorg dat vergt of er sprake is van een situatie die een bedreiging kan vormen voor de veiligheid van cliënten of de zorg. Om te beoordelen of handhavend opgetreden moet worden, hanteert de IGZ criteria, bijvoorbeeld of sprake is van een ernstige afwijking van de geldende professionele standaarden of van het kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder of van het ontbreken van een adequaat kwaliteitssysteem. In het wetsvoorstel is bepaald dat de IGZ bevoegd is overtredingen van de wet buiten behandeling te laten, tenzij sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen of het belang van goede zorg anderszins daaraan redelijkerwijs in de weg staat.

Het toezicht door de IGZ op naleving van verplichtingen voor de zorgaanbieder voortvloeiend uit rechten van cliënten, is een belangrijke verandering en verbetering ten opzichte van de huidige situatie waarin geen sprake is van rechtstreeks toezicht op de naleving van de patiëntenrechten uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

#### *7.2 Handhavingsinstrumenten van de IGZ*

Op grond van de wet kunnen de minister onderscheidenlijk de IGZ de volgende maatregelen nemen jegens zorgaanbieders:

- 1) een schriftelijk bevel tot het onmiddellijk nemen van maatregelen;
- 2) een schriftelijke aanwijzing tot het nemen van maatregelen;
- 3) bestuurlijke boete wegens gedragingen in strijd met wettelijke bepalingen;
- 4) last onder bestuursdwang waaronder mede begrepen wordt de mogelijkheid van het opleggen van een dwangsom in verband met gedragingen die in strijd zijn met de wet.

Welk instrument wordt ingezet, is afhankelijk van het doel dat wordt beoogd.

#### *Aanwijzing en bevel*

De wet geeft de minister de bevoegdheid tot het geven van schriftelijke aanwijzingen aan de zorgaanbieder (artikel 60, eerste lid). In dringende situaties, waarbij sprake is van gevaar voor de veiligheid of de gezondheid, heeft de IGZ de bevoegdheid een schriftelijk bevel te geven (artikel 60, vierde lid). Een bevel zal worden gegeven wanneer sprake is van misstanden waaraan zo spoedig mogelijk een einde moet komen. Een bevel of een aanwijzing zal in ieder geval worden gegeven wanneer sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen of het belang van goede zorg anderszins dat redelijkerwijs vergt. In de aanwijzing of het bevel wordt met redenen omkleed aangegeven op welke punten de wet niet wordt nageleefd en welke maatregelen de zorgaanbieder dient te ondernemen om een einde aan de ongewenste situatie te maken. De zorgaanbieder is verplicht zich aan de – in de aanwijzing gestelde – termijnen te houden. In geval van een bevel dient de zorgaanbieder onmiddellijk te voldoen aan de opgelegde maatregelen.

Indien de zorgaanbieder een aanwijzing of een bevel niet naleeft, kan de aanbieder een last onder bestuursdwang worden opgelegd.

---

<sup>1</sup> Zie IGZ-handhavingskader, richtlijn voor transparante handhaving, 12 december 2008 (Kamerstukken II 2008/09, 31 700, XVI, nr. 111).



### *Last onder bestuursdwang*

Bij overtreding van bepaalde artikelen (artikel 61) is er ook de mogelijkheid om bestuursdwang toe te passen of een last onder bestuursdwang op te leggen. Hiermee heeft de minister een krachtig instrument om zorgaanbieders te dwingen zich te houden aan de wettelijke bepalingen. Immers, met een last onder dwangsom dient de overtreder de ongewenste situatie te corrigeren binnen de gestelde termijn, bij gebreke waarvan een dwangsom wordt verbeurd. De relevante artikelen van de Awb zijn van toepassing.

### *Bestuurlijke boete*

Tot slot bestaat op grond van artikel 62, eerste lid, de mogelijkheid om een bestuurlijke boete op te leggen in geval van overtreding van de verplichtingen, bedoeld in artikel 12 van het wetsvoorstel. Een bestuurlijke boete impliceert een onvoorwaardelijke verplichting tot betaling van een geldsom door de overtreder. Dit is een bestraffende sanctie die kan worden opgelegd wanneer het kwaad is geschied. Een boete zal worden opgelegd indien er sprake is van een overtreding waarbij het risico dat dientengevolge ontstond, zich ook heeft gerealiseerd.

De bestuurlijke boete zal kunnen worden opgelegd in gevallen waarin niet zozeer sprake van een ernstige inbreuk op de rechtsorde, maar er omstandigheden zijn waarin sprake is van een risico op schade of letsel of waarin het uitoefenen van toezicht door de IGZ wordt bemoeilijkt. De voorschriften waarvan overtreding met een boete wordt bedreigd, hebben geen of een geringe normatieve lading; de overtreder brengt geen letsel aan personen of schade aan zaken toe. Het strafrecht en het tuchtrecht kunnen in die omstandigheden minder doeltreffend zijn omdat zij een minder adequate reactiemogelijkheid bieden. Het instrument van bestuurlijke boete is in de bedoelde gevallen doorgaans wel een passend middel, aangezien een boete snel en op maat kan worden opgelegd. De hoogte van de op te leggen sanctie moet zijn afgestemd op het belang van de wettelijke verplichting en de gevolgen van het niet nakomen ervan.

### *Afweging tussen de verschillende handhavingsinstrumenten*

In de afgelopen jaren zijn de handhavingsinstrumenten van een aantal wetten op het gebied van de volksgezondheid tegen het licht gehouden; dat onderzoek had tot doel om voor elk van die wetten vast te stellen wat per te handhaven artikel de meest passende wijze van handhaving was. Daarbij zijn in de eerste plaats de indicatoren betrokken die zijn vastgesteld in het kader van de Wet OM-afdoening<sup>1</sup>.

Wat betreft de indicatoren inzake de ernst van de overtredingen, is onderscheid gemaakt naar overtredingen waarbij gevaar dreigt voor de gezondheid of veiligheid van personen, en minder ernstige overtredingen. Wat betreft de indicatoren inzake de bevoegdheden, leken er mogelijkheden voor een bestuursrechtelijke boete in de gevallen waarin ingrijpende dwangmiddelen of opsporingsbevoegdheden naar verwachting niet nodig zouden zijn.

Ten tweede is bij het onderzoek acht geslagen op de Kabinetsnota over de uitgangspunten bij de keuze van een sanctiestelsel<sup>2</sup>. Aan de hand van die nota kan worden gesteld dat ter zake van de relatie tussen de IGZ en de zorgaanbieders in het kader van de bij het onderzoek betrokken wetten sprake was van een «besloten context»; de IGZ is als gespecialiseerd bestuursorgaan nauw betrokken bij de kwaliteitsbewaking van de betrokken zorgaanbieders. Een groot deel van de wetsbepalingen dient om de IGZ inzicht te geven in (de resultaten van) die kwaliteitsbewaking. Er is in die gevallen sprake van een vooraf gekende relatie tussen het handhavende orgaan en de normgeadresseerden van de betrokken wetgeving, in welke besloten context op basis van de genoemde kabinetsnota geconcludeerd kon worden dat een bestuurlijke sanctio-

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2005/06, 29 849, nr. 30.

<sup>2</sup> Kamerstukken I 2008/09, 31 700 VI, D.

nering in de rede lag.

Het onderzoek heeft geresulteerd in de Wet uitbreiding van de bestuurlijke handhavinginstrumenten in de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid (Wubhv). Onder de betrokken wetten zijn er enkele die opgaan in het voorliggende wetsvoorstel. Wij zien geen aanleiding om voor de handhaving van de desbetreffende bepalingen een andere dan de recent vastgestelde keus te maken. Wel uniformeren we de sanctie op het niet naleven van de verslagverplichtingen die nu nog in verschillende wetten zijn opgenomen en die worden gebundeld in artikel 44 van dit wetsvoorstel. Waar het gaat om nieuwe wetsartikelen, is, wederom met gebruikmaking van de bovenbedoelde indicatoren en de kabinetsnota, gezocht naar een bij de betrokken artikelen passende sanctie. Dit laatste betekent dat wij, waar een boete de geëigende sanctie is, mede wanneer er geen sprake is van schade aan personen of zaken, de voorkeur geven aan een bestuurlijke boete. Het is immers hoofdzakelijk de IGZ die toezicht houdt, en het streven naar optimale veiligheid en kwaliteit is gebaat bij een slagvaardige handhaver, die «lik op stuk» kan geven. Voorts beschikt de IGZ terzake over de nodige kundigheid om het gewicht van de overtredingen te kunnen beoordelen. Wanneer het de naleving van aanwijzingen of bevelen betreft, ligt bestuursdwang of een dwangsom meer in de rede; een boete behoeft niet (meteen) het gewenste effect te hebben. Ook op het niet naleven van een aanwijzing of bevel staat de sanctie van bestuursdwang of een dwangsom. Het gaat immers om het verkrijgen van de gegevens en het opleggen van een boete zou er niet toe leiden dat het verslag alsnog wordt ingediend.

### *7.3 Handhavingkader IGZ*

De IGZ hanteert een algemeen handhavingkader. Dit algemene kader geeft globaal weer bij welk type overtreding van wetten waarop de IGZ toezicht houdt, welke handhavingmaatregel kan worden ingezet (overreding, aanwijzing, bevel, boete, bestuursdwang, last onder dwangsom). Dit algemene handhavingkader vormt de basis voor een specifiek handhavingkader voor deze wet. In het specifieke handhavingkader is het algemene kader doorvertaald naar hoe de IGZ het haar ter beschikking staande instrumentarium inzet bij overtreding van de bepalingen van deze wet.

De IGZ beziet of het interne toezicht bij zorgaanbieders, de interne verantwoording aan het bestuur en de horizontale verantwoording van de zorgaanbieder aan belanghebbenden de gewenste effecten hebben op de kwaliteit van de zorg. De IGZ bepaalt aan de hand van de informatie over de prestaties, en aan de hand van signalen die via het IGZ-loket binnenkomen, bij welke zorgaanbieders zij inspecties uitvoert. In de nieuwe situatie kan de IGZ daarbij ook gebruikmaken van uitspraken van geschilleninstanties. Indien de IGZ concludeert dat een zorgaanbieder de normen met betrekking tot goede zorg schendt, kan zij ingrijpen en haar instrumentarium inzetten. De IGZ kan met haar instrumentarium ook bevorderen dat zorgaanbieders, als daartoe aanleiding is, passende maatregelen treffen jegens individuele werkers in de zorg die niet naar behoren functioneren, ongeacht of zij in dienst zijn van de zorgaanbieder.

Het feit dat de IGZ bevoegd is bepaalde gevallen van niet-naleving van de wet buiten behandeling te laten, wil nog niet zeggen dat de IGZ dat ook altijd zal doen. De IGZ handhaaft transparant (voor zowel cliënten als zorgaanbieders) door handhavingkaders uit te werken. Handhaving vindt efficiënt en effectief plaats door een risicogestuurde aanpak, waarbij het uitgangspunt is dat zorgaanbieders vertrouwen moeten verdienen. Als dit vertrouwen wordt beschaamd, grijpt de IGZ snel en daadkrachtig in als dat nodig is (“high trust, high penalty”). In het handhavingkader voor de Wcz zal de IGZ aangeven welke prioriteiten zij stelt bij het toezicht op en

de handhaving van de naleving van de Wcz. Dit handhavingskader zal 1 januari 2011 beschikbaar zijn.

#### *7.4 De Nederlandse Zorgautoriteit*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop, op grond van artikel 3, vierde lid, van de Wmg. De NZa behartigt het algemeen consumentenbelang aan de hand van de «consumentenwaarden» transparantie, keuzevrijheid en rechtspositie.<sup>1</sup> Deze drie «consumentenwaarden» zijn van groot belang, opdat cliënten een keuze kunnen maken en erop kunnen vertrouwen dat ze goede zorg krijgen. De NZa kijkt daarom naar de openbare informatie over de prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om vanuit het algemeen consumentenbelang op de werking van de zorg- en de zorgverzekeringsmarkt te kunnen toezien, en zo nodig te kunnen interveniëren. De NZa heeft daarvoor op grond van de Wmg de nodige bevoegdheden.

De NZa ziet toe op de zorginkoop; de IGZ ziet toe op de naleving van dit wetsvoorstel. Zorgverzekeraars moeten zorg inkopen die voldoet aan de eisen van dit wetsvoorstel, maar het kan uiteraard niet zo zijn dat een zorgaanbieder die zorg van onvoldoende kwaliteit levert, vrijuit gaat, omdat hij een contract heeft gesloten met een zorgverzekeraar. De IGZ bewaakt de kwaliteit van de zorg.

#### *7.5 College sanering zorginstellingen*

Het College sanering zorginstellingen (CSZ) is onder de Wtzi belast met taken met betrekking tot verkoop van onroerend goed en gedwongen sanering als gevolg van overheidsbeslissingen. Het college wordt nu in deze wet geregeld. Door het vervallen van het bouwregime en overheidsbeslissingen over capaciteit zijn de taken van het college met betrekking tot sanering in dit wetsvoorstel beperkt tot sanering als gevolg van een andere regio-indeling voor ambulances en beslissingen met betrekking tot Wbmv-vergunningen. In afwijking van de Wtzi houdt het college op grond van dit wetsvoorstel toezicht op het winstverbod en de bedrijfsvoerings-eisen. Vooral nog blijft de taak van het college met betrekking tot de verkoop van onroerend goed op grond van artikel 18 Wtzi bestaan (zie ook de toelichting bij artikel 67, vierde lid).

#### *7.6 Afstemming tussen verschillende toezichthouders in de zorg*

De IGZ, de NZa, het CSZ en het CVZ functioneren naast elkaar als toezichthouders in de zorg. De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de zorg, de NZa kijkt vanuit de invalshoek van marktordening en consumentenbelang naar openbare informatie over de prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het CSZ heeft taken met betrekking tot sanering, bedrijfsvoering en winstverbod. De eigen taken van de toezichthouders garanderen op de hier voorgestelde wijze ruimte voor onafhankelijk en deskundig toezicht. De geprotocolleerde samenwerking tussen NZa, IGZ en CSZ garandeert de zorgaanbieders dat de benodigde informatie maar één keer openbaar hoeft te worden gemaakt. In artikel 59 is de informatieuitwisseling tussen deze organisaties geregeld. De regelstellende bevoegdheid voor de minister ten aanzien van keuze- en verantwoordingsinformatie en de regelstellende bevoegdheid voor de NZa ten aanzien van openbare informatie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen zo worden ingevuld dat verschillende definities en dubbele informatieuitvraag worden voorkomen.

Naast deze toezichthouders die zich specifiek richten op de zorgsector, zijn ook andere toezichthouders actief in de gezondheidszorg. Te denken valt aan de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa) en het College bescherming persoonsgegevens (Cbp). IGZ, NZa en CSZ hebben samenwerkingsafspraken met deze toezichthouders. In de bijlage bij de

---

<sup>1</sup> Visiedocument «(In) het belang van de consument, 2007 en Rapportage Consument 2009.

brief over governance in de zorg<sup>1</sup> is de taakverdeling tussen IGZ, NMa en NZa toegelicht. Tevens is uiteengezet hoe wordt voorkomen dat activiteiten van toezichthouders elkaar overlappen. Ook in de kabinetsreactie op de evaluaties van de Wmg, de NZa, de Zvw, de Wet op de zorgtoeslag en het College voor Zorgverzekeringen is ingegaan op de taakverdeling tussen de toezichthouders<sup>2</sup>. Naar aanleiding van de motie Zijlstra zullen wij nog nader ingaan op de taakverdeling tussen NMa, NZa en VWS, met name bij fusietoetsing en als de continuïteit van zorg in het geding is<sup>3</sup>.

#### *7.7 College bouw zorginstellingen*

Door de afschaffing van het bouwregime in de cure per 1 januari 2008 en in de care met ingang van 1 januari 2009 zijn de wettelijke taken van het College bouw zorginstellingen (CBZ) vervallen.

Het CBZ wordt als zelfstandig bestuursorgaan (tevens rechtspersoon met een wettelijke taak) opgeheven op het moment dat de uitvoering van de wettelijke taken en de overige verplichtingen, zoals wachtgeldverplichtingen, zijn afgewikkeld. De door het CBZ opgebouwde expertise blijft behouden doordat een deel van CBZ wordt ondergebracht bij het expertise-instituut TNO. Zo kunnen zorgaanbieders en toezichthouders, zoals IGZ en NZa, een beroep blijven doen op deze expertise.

## DEEL II DE RECHTEN EN PLICHTEN VAN DE CLIËNT EN DE ZORGAANBIEDER

### **8. Reikwijdte van de rechten en plichten**

#### *8.1 De zorg waarvoor deze wet geldt*

##### *Algemeen*

Deze wet is van toepassing op alle zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zvw of de AWBZ en op overige handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daarbij is niet relevant of de zorg op enige wijze met collectieve middelen wordt gefinancierd of dat betrokkene of een ander de kosten daarvan draagt. De wet geldt ook voor zorg die wordt geleverd door zogenoemde privé- of particuliere klinieken, verpleeghuizen of zorghotels, Thomashuizen of door aanbieders van zorglandbouw.

In beginsel is evenmin relevant of sprake is van zorg die de cliënt op zijn verzoek (vrijwillig) ontvangt of van zorg die wordt verleend in situaties waarin de cliënt daarvoor geheel of gedeeltelijk geen toestemming heeft kunnen of willen geven (onvrijwillige zorg). In specifieke wetten zoals de Wet bopz, het voorstel voor de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wet verplichte ggz) en het voorstel voor de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wet zorg en dwang)) zijn of worden voor de laatstbedoelde situaties evenwel op onderdelen aanvullende regels gesteld of uitzonderingen gemaakt of specifieke bepalingen opgenomen die voorrang hebben op de bepalingen van deze wet.

Ook op militaire gezondheidszorg is de wet in beginsel gewoon van toepassing. Uitzondering daarop vormen de bepalingen over goed bestuur, de verslaggeving voor zover het betreft goed bestuur, jaarrekening en jaarverslag, alsmede de artikelen over de geschilleninstantie en de commissie van vertrouwenslieden, indien de behandeling van het geschil volgens de Minister van Defensie de operationele taakuitvoering op onaanvaardbare wijze zou schaden; eventuele specifieke bepalingen in de Militaire Ambtenarenwet 1931 hebben voorrang boven het bepaalde in deze wet.

Op dienstverlening door arbodiensten, bedrijfsartsen, keurings- en verzekeringsartsen is de wet van toepassing voor zover zij zorg verlenen en met uitzondering van de bepalingen over keuze-informatie, klachten en

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 012, nr. 1.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2009/10, 29 689, nr. 282.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nr. 47.

geschillen, medezeggenschap en goed bestuur, afspraken met betrekking tot acute zorg, het register van zorgaanbieders, jaarrekening en jaarverslag. De werkzaamheden die reïntegratiedeskundigen, arbeidsdeskundigen, jobcoaches en werkcoaches verrichten, vallen niet onder het begrip zorg en dus niet onder de werking van deze wet.

#### *Alternatieve zorg*

Op dit moment gelden voor degenen die alternatieve behandelingen verrichten voor zover het om geneeskundige hulp gaat, de normen uit de WGBO. De bepalingen die overgenomen zijn uit de WGBO en die het meest cruciaal zijn voor de cliënt en voor de zorg die hij ontvangt, gelden op basis van dit wetsvoorstel voor aanbieders (natuurlijke personen en rechtspersonen) van alternatieve behandelwijzen. Het betreft het recht op overleg, toestemming en het aanleggen van een dossier. Met het oog op het maken van een keuze krijgen cliënten van aanbieders van alternatieve behandelwijzen ook recht op keuze-informatie. Tevens gelden de bepalingen met betrekking tot klachten en geschillen. Cliënten kunnen de naleving van deze bepalingen afdwingen bij een geschilleninstantie of bij de civiele rechter. Andere bepalingen, zoals die met betrekking tot medezeggenschap en goed bestuur en verantwoording, gelden niet voor de aanbieders van alternatieve behandelwijzen. Het verband tussen deze bepalingen en de kwaliteit van de zorg aan een individuele cliënt is meer indirect. Verder legt dit wetsvoorstel in artikel 5, tweede lid, aan aanbieders van alternatieve behandelwijzen een afwijkende norm inzake goede zorg op: zij moeten ervoor zorgen dat zij bij het verlenen van zorg, buiten noodzaak geen schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van de cliënt veroorzaken. Deze bepaling geeft de IGZ de mogelijkheid om aanbieders van alternatieve behandelwijzen (zowel organisatorische verbanden als solistisch werkenden) aan te pakken bij excessen. Overigens blijven de artikelen 96 e.v. Wet big van kracht. Op grond van artikel 96 Wet big is het mogelijk om de individuele zorgverlener strafrechtelijk te vervolgen. Dit wetsvoorstel verhoogt de strafmaat bij overtreding van de daar gestelde norm. Deze beide maatregelen zijn aangekondigd in de brief van 2 maart 2009 en herhaald in brieven van 24 juli en 24 november 2009<sup>1</sup>.

#### *8.2. De zorgaanbieders voor wie deze wet geldt*

De verplichtingen die voortvloeien uit deze wet rusten op de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is de natuurlijke persoon die zelf (in persoon) beroepsmatig zorg verleent of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg doet verlenen. De zorgaanbieder kan dus een alleenwerkende zorgaanbieder zijn (een zgn. «eenpitter»). De zorg kan ook worden verleend door personen die in dienst of in opdracht van een organisatie dan wel op basis van bijvoorbeeld een toelatingsovereenkomst in een instelling werkzaam zijn. In dat geval rusten de wettelijke verplichtingen op de rechtspersoon of de (natuurlijke) persoon of personen die de zorg doet (doen) verlenen. De zorgverlening door hulpverleners die als zelfstandig beroepsbeoefenaar werkzaam zijn in een instelling, is in zodanige mate afhankelijk van personeel en middelen van die instelling en zodanig verweven met de zorg die in die instelling door anderen wordt geboden, dat met het oog op de bescherming van de cliënten een centrale verantwoordelijkheid en mede-aansprakelijkheid voor de zorgaanbieder aangewezen is, zoals ook in de WGBO reeds in een mede-aansprakelijkheid voor intramurale instellingen is voorzien. Daarom worden organisatorische verbanden (zoals een maatschap van medisch-specialisten die in een ziekenhuis werken op basis van een zgn. toelatingsovereenkomst) die werkzaam zijn binnen een zorginstelling, voor de toepassing van deze wet niet beschouwd als zorgaanbieder en dus niet als direct normadressaat van de wet.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 476, nr. 8, Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 173 en Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nr. 85.

De zorgaanbieder die zorg doet verlenen, zal uiteraard de voor hem (in loondienst of anderszins) werkzame personen zodanige instructies moeten geven of met hen zodanige afspraken moeten maken dat is gewaarborgd dat jegens de cliënten de wet wordt nageleefd. De centrale verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder die een instelling in stand houdt, geldt ook voor het handelen van individuele, als zelfstandige beroepsbeoefenaar binnen de instelling werkzame personen. Dat is in artikel 2 expliciet neergelegd. Een en ander zal mogelijkserwijs moeten leiden tot herziening van bestaande toelatingscontracten.

Als een cliënt die zijn zorg zelf inkoop met behulp van een persoonsgebonden budget, daarvoor een beroep doet op een persoon die beroepsmatig zorg verleent of op een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen, is die persoon of rechtspersoon zorgaanbieder en geldt de wet voor hem.

Instanties die slechts bemiddelen, en zelf geen zorg leveren, vallen niet onder deze wet. De zelfstandige beroepsbeoefenaar (zelfstandige zonder personeel) of werknemer (alfahulp) die (al dan niet door tussenkomst van een bemiddelingsbureau) beroeps- of bedrijfsmatig zorg levert aan de cliënt, valt wel onder deze wet. In de toelichting bij artikel 1 is met concrete voorbeelden nader toegelicht wie zorgaanbieder is.

### *8.3. De cliënten voor wie deze wet geldt*

De rechten die deze wet regelt, gelden voor iedereen die zich in verband met een ziekte of uit zorg voor zijn gezondheid met een verzoek tot informatie, onderzoek, advies, behandeling, verpleging of verzorging wendt tot een zorgaanbieder. De verplichtingen die deze wet oplegt aan zorgaanbieders, gelden jegens iedere zorgvrager.

De rechten uit deze wet gelden voor cliënten, ongeacht of zij wilsbekwaam zijn of wilsonbekwaam; voor de laatstbedoelde categorie van cliënten zijn in het wetsvoorstel regels opgenomen die ervoor zorgen dat wettelijke en andere vertegenwoordigers de belangen van de cliënten kunnen behartigen en dat de zorgaanbieder een deel van zijn verplichtingen moet nakomen jegens die anderen.

## **9. Recht op goede zorg**

### *9.1 Huidige wetgeving en praktijk*

Ingevolge artikel 2 van de Kwaliteitswet en artikel 40 van de Wet big rust op de zorgaanbieder de verplichting om verantwoorde zorg te verlenen. In artikel 7:453 BW is bepaald dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen. Het begrip «verantwoorde zorg» omvat de «zorg van een goed hulpverlener» en de verplichting voor zorgaanbieders om een kwaliteitssysteem te hebben ter bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit. Dat zijn beide open normen waarvan de inhoud evolueert en waarvan de invulling tussen instellingen kan verschillen.

De (wetenschappelijke verenigingen van) individuele beroepsbeoefenaren hebben, veelal in samenspraak met cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars, in professionele richtlijnen, zorgstandaarden, protocollen en gedragsregels zelf uitgewerkt wat het begrip «verantwoorde zorg» of «zorg van een goed hulpverlener» inhoudt. In de afgelopen jaren zijn veel gedragsnormen, opvattingen, handelingsvoorschriften, op praktijkervaring gebaseerde handelingssuggesties en dergelijke tot stand gekomen, mede gebaseerd op ethische inzichten of wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast werken zorgaanbieders op basis van bijvoorbeeld de normen die de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen

(NIAZ) systematisch en gericht aan verbetering van de bedrijfsprocessen teneinde de kwaliteit van de zorg op een hoger niveau te brengen.

### 9.2 Knelpunten en verbeteringen

Uit rapporten zoals van de Onderzoeksraad voor Veiligheid<sup>1</sup>, van de IGZ<sup>2</sup> en van de RVZ<sup>3</sup> blijkt dat besturen van rechtspersonen die zorg aanbieden, niet altijd voldoende aandacht besteden aan de kernactiviteit van de organisatie: het verlenen van verantwoorde zorg. Centrale sturing op het gebied van patiëntveiligheid is vaak zwak ontwikkeld. De Onderzoeksraad voor Veiligheid beveelt aan om de verschillende wettelijke regelingen, zoals o.a. de Kwaliteitswet en de Wet big, die beide raken aan de verantwoordelijkheidstoedeling voor «verantwoorde zorg» binnen een samenwerkingsverband, aan een nader onderzoek te onderwerpen, gericht op het wegnemen van mogelijke onduidelijkheden.

Uit de rapporten van de Onderzoeksraad en IGZ volgt ook dat er behoefte is om de ondergrenzen voor verantwoorde zorg op korte termijn vast te stellen. Vrijblijvendheid bij medewerking aan trajecten ter vergroting van transparantie over kwaliteitsprestaties van zorgaanbieders vormt een probleem voor tijdige realisatie van de ambities van het kabinet in dit kader. Afstemming tussen beroepsbeoefenaren binnen een instelling en samenwerking tussen zorgaanbieders bij de zorg voor één cliënt blijken lastig van de grond te komen, hetgeen met het oog op een groeiend aantal chronisch zieken problematisch is<sup>4</sup>. Een aantal knelpunten in de zorg wordt niet voortvarend genoeg aangepakt, ondanks diverse stimuleringsprogramma's, zoals «Sneller Beter» en «Zorg voor Beter», en veiligheidsprogramma's in de verschillende sectoren.

Gezien deze knelpunten, wordt in het wetsvoorstel het recht op goede zorg geregeld. Het recht op kwaliteit en veiligheid wordt door cliënten gezien als het belangrijkste recht<sup>5</sup>. Dit wetsvoorstel leidt tot de volgende verbeteringen voor de cliënt:

- 1) de cliënt krijgt recht op goede zorg;
- 2) het belang van veilige zorg komt tot uitdrukking in de wet;
- 3) afstemming zowel binnen de organisatie van de zorgaanbieder als tussen zorgaanbieders wordt beter geregeld;
- 4) de overheid kan zonedig regels stellen waarin de norm van goede zorg wordt uitgewerkt;
- 5) kwaliteitsgegevens moeten beschikbaar zijn om te worden benut voor verbetering van de kwaliteit;
- 6) er komen waarborgen dat de zorgaanbieder zijn verantwoordelijkheid voor goede zorg waar maakt.

In de volgende paragrafen worden deze verbeteringen toegelicht.

### 9.3 Het recht van de cliënt op goede zorg

De cliënt krijgt recht op goede zorg. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval tijdig, veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en waarbij de personen die de zorg verlenen, ook voor het overige handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit een voor hen geldende professionele standaard. Beleidskaders en indicatoren voor verantwoorde zorg blijven van toepassing, omdat «goede zorg» «verantwoorde zorg» omvat.

De begrippen «verantwoorde zorg» uit de Kwaliteitswet en de Wet big en «zorg van een goed hulpverlener» uit de WGBO hebben wij geïntegreerd tot «goede zorg». Dit bevordert de eenduidigheid en voorkomt discussie over veronderstelde verschillen in reikwijdte tussen beide verplichtingen. «Goede zorg» sluit beter aan bij het begrip dat in Europa gangbaar is: zorg van een hoog niveau. We kiezen niet voor «zorg van een hoog niveau», maar voor «goede zorg», omdat «goede zorg» beter aansluit bij termino-

<sup>1</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud, 2008. Onderzoeksraad voor Veiligheid, Brand in een operatiekamer (Twenteborgziekenhuis, Almelo), 2008.

<sup>2</sup> IGZ, rapport van het onderzoek naar het peroperatief proces in de IJsselmeerziekenhuizen te Lelystad en Emmeloord op 5 en 12 september 2008, 2008. IGZ, Rapport naar aanleiding van het onderzoek naar de organisatie en kwaliteit van het medisch specialistische functioneren in het Diaconnessenhuis te Meppel, 2006.

<sup>3</sup> RVZ, Governance en kwaliteit van zorg, 2009.

<sup>4</sup> Zorgbelang Nederland, Manifest Patiëntenrechten Ons een Zorg, pag. 13, april 2009.

<sup>5</sup> Zorgbelang Nederland, Manifest Patiëntenrechten Ons een Zorg, pag. 6, april 2009.

logie in het BW (bijvoorbeeld de zorg van een goed opdrachtnemer, gedragen als goed werkgever en goed werknemer). In artikel 2 van de Kwaliteitswet werd «verantwoorde zorg» al omschreven als zorg van een goed niveau (...). Het is duidelijker om «zorg van een goed niveau» ook «goede zorg» te noemen. «Goede zorg» brengt beter dan «verantwoorde zorg» tot uitdrukking dat de zorg volgens de professionele standaard moet worden verleend. Met de introductie van de term «goede zorg» in deze wet wordt overigens niet beoogd afstand te nemen van vaste jurisprudentie en de beleidsregels van de IGZ met betrekking tot de term «verantwoorde zorg».

De cliënt kan van de zorgaanbieder verlangen dat hij goede zorg krijgt. Hij kan dat, indien nodig, afdwingen bij de geschilleninstantie of de civiele rechter. Daarnaast kan de IGZ handhavend optreden.

Om goede zorg te bieden, dient de zorgverlener allereerst zorg van een technisch goed niveau te leveren. Een ander belangrijk aspect is dat de zorg moet passen bij wat de cliënt nodig heeft in verband met zijn gezondheidsklachten. Zorgaanbieders zijn aldus gehouden om kwalitatief goede zorg te leveren, afgestemd op de betrokken cliënt. Daarbij dienen zij – gebaseerd op de voor die zorg geldende professionele standaarden – steeds de meest doelmatige en doeltreffende zorgmogelijkheid te kiezen. Dat impliceert steeds een belangenafweging waarbij per geval wordt gekeken naar de te verwachten effecten van de zorg op de betrokken cliënt (positieve effecten, maar bijvoorbeeld ook bijwerkingen) en tegelijk naar de daaraan verbonden kosten die wel passend en aanvaardbaar moeten zijn. Onbeargumenteerd afwijken van evidence-based richtlijnen kan leiden tot over- of onderbehandeling van cliënten met potentiële risico's voor de kwaliteit van de zorg en een direct effect op de kosten van de zorg. Er is dus met betrekking tot het gebruik van richtlijnen en standaarden sprake van «pas toe of leg uit». In principe moet een richtlijn gevolgd worden, maar er kunnen goede redenen zijn waarom in een individueel geval van een richtlijn kan en moet worden afgeweken. Tijdigheid wordt als element van goede zorg expliciet genoemd in het wetsvoorstel. Indien de cliënt een zorgrelatie met een zorgaanbieder heeft, is deze zorgaanbieder gehouden om zorg tijdig aan de cliënt te geven. Beschikbaarheid van zorg in het algemeen is geregeld in de Zvw en de AWBZ (zie paragraaf 2.4).

De zorgaanbieder dient zich in zijn bedrijfsvoering ook te richten op kwaliteit en veiligheid. De zorgaanbieder moet zorg dragen voor een goede organisatie van zijn zorgverlening, hetgeen onder meer tot uiting komt in een goede interne communicatie en voldoende en capabel personeel. Hij moet zorgen voor voldoende en geschikt materieel en – voor zover nodig – ook voor geschikte bouwkundige voorzieningen. Deze laatste kwaliteitseis komt in de plaats van de bouwregelgeving in de Wtzi. Verder moet duidelijk zijn wie welke werkzaamheden mag uitvoeren, wie daarvoor verantwoordelijk is en hoe verantwoording daarover wordt afgelegd. Dit laatste element is nieuw ten opzichte van de Kwaliteitswet. Om waarborgen te scheppen voor het verlenen van goede zorg, dient de zorgaanbieder de kwaliteit en veiligheid van zijn zorgverlening systematisch te beheersen. Met een kwaliteitssysteem moeten zorgaanbieders de kwaliteit van zorg bewaken, beheersen en verbeteren.

#### *9.4 Veiligheid*

Waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt. De doelstelling is dat er minder fouten worden gemaakt dan nu het geval is. Om dit te benadrukken, wordt het verlenen van veilige zorg een expliciete verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Veiligheid moet in de dagelijkse organisatie van de zorg centraal staan. Ervaringen uit het bedrijfsleven



leren dat de veiligheid van zorg sterk vergroot kan worden, als daar gericht op wordt gestuurd. Invoering van veiligheidssystemen bij zorgaanbieders is daarvoor essentieel.

In het wetsvoorstel wordt het element «veilig» daarom als element van goede zorg expliciet genoemd. Dit benadrukt het belang van veilige zorg: de zorg dient in ieder geval veilig te worden verleend. Veiligheid van de zorgverlening is voor de cliënt een basisvereiste voor kwaliteit. Onder veiligheid wordt verstaan het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de cliënt toegebrachte schade (lichamelijk of psychisch) als gevolg van het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners of door een tekortkoming van de organisatie van de zorg. Indien de zorgaanbieder hieraan niet voldoet en als gevolg hiervan schade is ontstaan of kan ontstaan, kan de cliënt zijn eventuele schade verhalen op de zorgaanbieder. Daarnaast kan dit reden zijn voor handhavend optreden door de IGZ.

In vrijwel alle sectoren in de zorg zijn inmiddels veiligheidsprogramma's of -plannen afgesproken met als doel de komende jaren het aantal vermijdbare schadegevallen sterk te verminderen. Daarin neemt, naast een concrete verbetering van bepaalde cruciale zorgprocessen (bijvoorbeeld reductie van het decubituspercentage), de invoering van systemen voor het beheersen van veiligheid een belangrijke plaats in. De IGZ bevordert dat het veld normen voor veiligheid van zorg ontwikkelt en vaststelt, ziet erop toe dat de programma's of plannen binnen de afgesproken tijd worden uitgevoerd en richt zijn toezicht en handhaving daarbij vooral op de grootste veiligheidsrisico's. Aan de veldpartijen in de cure is gevraagd de ondergrens voor het bieden van goede zorg op diverse onderwerpen te expliciteren in veiligheidsnormen. Deze veiligheidsnormen (een voorbeeld is: geen gebruik van medische apparatuur zonder dat de vrijgifte- en onderhoudsstatus zichtbaar is op het apparaat) zullen deels volgen uit veldnormen en richtlijnen die momenteel al onder de Kwaliteitswet zijn vastgesteld. Daarnaast zullen door diverse wetenschappelijke verenigingen nieuwe normen worden ontwikkeld. De betrokken veldpartijen zetten momenteel belangrijke stappen om te komen tot een eerste set veiligheidsnormen, zoals de organisatie van een invitational conference waar met diverse wetenschappelijke verenigingen gesproken wordt over dit traject. De ontwikkeling van deze veiligheidsnormen zal in de toekomst een continu proces blijven. De IGZ heeft een voorstel voor veiligheidsnormen op het gebied van infectiepreventie, medicatieveiligheid, organisatie van de zorg en techniek gepresenteerd.

De zorgverlening in de care heeft deels een ander karakter dan de zorgverlening in de cure. In de care is de zorg meer gericht op kwaliteit van leven. Om die reden wordt in de care vooralsnog jaarlijks aan de hand van indicatoren de kwaliteit van zorg gemeten. Deze metingen richten zich onder andere op veiligheid, welzijn en voeding. Vaststellen van de norm zal op termijn een logische stap zijn.

### *9.5 Afstemming*

Uitgangspunt is dat de cliënt in de zorg centraal staat. Een aaneensluitende keten van vroegtijdige onderkenning van een aandoening, zelfmanagement en passende zorg is van belang. Uit de brief aan de Tweede Kamer van 16 juni 2008<sup>1</sup> blijkt dat het aantal chronisch zieken fors stijgt. Chronisch zieken hebben vaak langdurig zorg van verschillende zorgaanbieders nodig. Idealiter krijgen zij samenhangende zorg aangeboden. Hierdoor neemt het belang van goede samenwerking tussen zorgaanbieders bij de zorg aan één cliënt toe en het is problematisch dat goede samenwerking in de praktijk lastig van de grond komt. Het is dan ook nodig dat binnen de moderne complexe zorgverlening de hulpverleners goed met de cliënt en met elkaar afstemmen om samen aan hun cliënten de beste zorg te leveren. Onderzoek van de IGZ bij ziekenhuizen

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2007/08, 31 200 XVI, nr. 155.

laat zien dat de afstemming tussen hulpverleners binnen instellingen onvoldoende geregeld is. Tussen verschillende zorgaanbieders zijn de problemen vaak nog groter<sup>1</sup>. De IGZ concludeert dat afstemming tussen zorgaanbieders op zijn best op deelterreinen is geformaliseerd en per ziekte en samenwerkingsverband anders is ingevuld. Patiënten(organisaties) worden nauwelijks bij afstemmingsafspraken betrokken. Ook is de continuïteit van de afstemmingsafspraken onvoldoende gegarandeerd en ontbreekt de regie op aansluiting tussen zorgaanbieders waardoor er geen ketengerichte organisatiestructuur ontstaat.

Dit wetsvoorstel beoogt de samenhang in de zorg aan één cliënt te verbeteren door de onderlinge afstemming en coördinatie tussen hulpverleners werkzaam binnen de organisatie van een zorgaanbieder en de onderlinge afstemming en coördinatie tussen zorgaanbieders te verbeteren.

De verplichting voor zorgaanbieders om te zorgen voor afstemming tussen zorgverleners en tussen zorgaanbieders is als vereiste opgenomen in artikel 7 met betrekking tot de organisatie van de zorgverlening. Hiermee wordt benadrukt dat de zorgaanbieder moet zorgen dat de voor hem werkzame hulpverleners de zorg die wordt verleend binnen een instelling, met elkaar afstemmen en dat zij moeten zorgen dat zorgaanbieders en de voor hen werkzame hulpverleners met elkaar afstemmen, over de grenzen van de instelling heen. Hieraan zijn geen vormvoorschriften verbonden. Artikel 8 biedt wel de mogelijkheid om aan het begrip afstemming een nadere invulling te geven (zie paragraaf 9.6). Het is daarbij niet van belang of deze zorgaanbieders betrokken zijn bij de zorgverlening in verband met dezelfde aandoening of hetzelfde ziektebeeld of dat het gaat over verschillende aandoeningen of ziektebeelden. Indien ten gevolge van slechte coördinatie of afstemming fouten worden gemaakt, zijn de betrokken zorgaanbieders aansprakelijk. Cliënten kunnen de zorgaanbieder daarop aanspreken bij de geschilleninstantie of bij de civiele rechter. Daarnaast kan een slechte afstemming tussen de beroepsbeoefenaren of tussen zorgaanbieders aanleiding zijn voor bestuursrechtelijke handhaving. Voor een goede afstemming is het ook van belang dat cliënten bij iemand terecht kunnen met vragen over hun zorg en met vragen niet van het kastje naar de muur worden gestuurd. Uiteraard kan de cliënt ook een beroep doen op zijn zorgverzekeraar of zorgkantoor als afstemming niet tot stand komt.

Overwogen is om enkele expliciete bepalingen op te nemen die betrekking hebben op afstemming tussen zorgverleners en tussen zorgaanbieders. Zo is bijvoorbeeld gedacht aan een recht op afstemming voor de cliënt en een plicht voor de zorgaanbieder om na te gaan of de cliënt zorg ontvangt van een andere zorgaanbieder en om zo nodig met die andere zorgaanbieder af te stemmen. Verder is gedacht aan een recht voor de cliënt op één aanspreekpunt. De cliënt zou pas doorverwezen mogen worden naar een andere zorgaanbieder als de doorverwijzende zorgaanbieder zich ervan heeft vergewist dat de andere zorgaanbieder de zorg kan verlenen. Verder is overwogen enkele bepalingen toe te voegen over de informatieoverdracht tussen zorgaanbieders. Deze bepalingen zouden alle echter dermate hoge nalevingskosten met zich brengen, dat van opneming in het wetsvoorstel is afgezien. Het betreft vooral administratieve handelingen en geen inhoudelijke normen voor samenhang in de zorg. Om tot samenhangende zorg te komen, zijn vooral de ontwikkeling en implementatie van zorgstandaarden van belang.

Van voornoemde expliciete bepalingen is bovendien afgezien omdat het veld zelf (de KNMG in samenwerking met organisaties van zorgaanbieders en van cliënten) een handreiking heeft opgesteld voor verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Volgens die handreiking moet er altijd iemand zijn die het aanspreekpunt is voor de

---

<sup>1</sup> Inspectie voor de gezondheidszorg, Staat van de gezondheidszorg 2006, Den Haag: IGZ, 2006) pag. 55.

cliënt, iemand die de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid voor de zorg draagt en iemand die de coördinatie op zich neemt (de zorgcoördinator). Idealiter worden deze taken over zo min mogelijk hulpverleners verdeeld. Volgens de handreiking ligt het voor de hand dat de zorgcoördinator toeziet op de consistentie en actualiteit van een gezamenlijk zorg- of behandelplan, bewaakt dat controlemomenten in de zorg zijn ingebouwd en toeziet op een centrale melding van incidenten. Deze handreiking betreft dus vooral organisatorische aspecten van samenwerking en is een aanvulling op de inhoudelijke zorgstandaarden die de samenhang in de zorg moeten bevorderen. Wij waarderen de inzet van partijen voor het tot stand komen van deze handreiking en gaan er vanuit dat de partijen het gebruik van de handreiking zullen stimuleren.

#### *9.6. Nadere uitwerking van goede zorg in lagere regelgeving*

Goede zorg, veiligheid, tijdigheid, cliëntgerichtheid en professionele standaard zijn open normen die mogelijk concretisering behoeven. Dit is in de eerste plaats van belang voor de cliënt, die wil weten wat hij van de zorgaanbieder kan verwachten. Daarnaast is een concrete invulling behulpzaam voor de bestuursrechtelijke handhaving door de IGZ. Zorgaanbieders en voor hen werkzame hulpverleners krijgen in de eerste plaats zelf de ruimte om vanuit hun expertise en praktijk een concrete invulling te geven aan deze algemeen geformuleerde wettelijke normen. Deze invulling geschiedt door de ontwikkeling van normen door veldpartijen, die nader zijn uitgewerkt in richtlijnen en standaarden. In deze richtlijnen wordt wetenschappelijke kennis vertaald in professioneel handelen. De richtlijnen zijn geen algemeen verbindende voorschriften, maar er gaat wel een dwingende werking van uit. De zorgaanbieders zullen zich in beginsel aan richtlijnen moeten houden, maar onder omstandigheden in het belang van de cliënt van de richtlijn mogen, of soms zelfs moeten afwijken. Uiteraard moet een afwijking van de richtlijn altijd gemotiveerd worden. De zorgaanbieder doet er verstandig aan de motivatie voor een afwijking van de richtlijn in het dossier op te nemen.

De overheid stimuleert de totstandkoming van richtlijnen. De samenwerking en interactie tussen de verschillende activiteiten bij de ontwikkeling van de richtlijnen wordt bevorderd door de Regieraad Kwaliteit van Zorg. Dit is een raad van onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen, die een ondersteunende en stimulerende rol vervullen bij de ontwikkeling van richtlijnen en de implementatie daarvan (zie paragraaf 4.2). De IGZ heeft een handhavingskader ontwikkeld<sup>1</sup>. Met dit kader maakt de IGZ transparant hoe zij handhaaft en bij welk type overtredingen zij welk type interventies zal inzetten. Uit het handhavingskader vloeit voort dat de IGZ zich bij de handhaving van de norm van goede zorg in de eerste plaats zal baseren op de relevante richtlijnen. Dat bevordert dat de zorgaanbieders zelf standaarden ontwikkelen. Als er geen richtlijnen tot stand zijn gekomen, zullen de IGZ, de geschilleninstantie en de rechter terugvallen op de algemene wettelijke norm van goede zorg. In dat geval is het van belang dat de betrokken zorgverlener «redelijk bekwaam en redelijk handelend» heeft opgetreden. Hij dient de zorg te betrachten die de redelijk bekwame en redelijk handelende vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht<sup>2</sup>. De zorgverlener moet aan de cliënt de voor- en nadelen van de verschillende opties uitleggen en motiveren waarom hij een bepaalde behandeling of zorg adviseert. De keuze en de motivatie zullen terug te vinden moeten zijn in het dossier. De bewijslast dat de zorgaanbieder geen goede zorg heeft geleverd, ligt bij de cliënt of bij de IGZ, wanneer deze handhavend optreedt. Voor de zorgaanbieder geldt daarbij de verzwaarde stelplicht: de zorgaanbieder moet voldoende feitelijke gegevens verstrekken, zodat de cliënt of de IGZ bij de bewijsvoering niet met lege handen staat.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 111 met bijlage.

<sup>2</sup> HR 9 november 1990, NJ 1991, 26.

Er doen zich soms incidenten voor, die te maken hebben met de toepassing van medische technologie en waarbij het (gebrek aan) onderhoud van apparatuur een cruciale rol speelt. Dit heeft geleid tot de motie Van Miltenburg/Van der Veen<sup>1</sup>. Met deze motie werd de regering verzocht te komen met wetgeving waarin periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles worden geregeld. In de reactie van de Minister van VWS op de Staat van de Gezondheidszorg 2008 (die geheel was gewijd aan medische technologie) is erop gewezen dat in Nederland geen wettelijke verplichting of richtlijn bestaat voor het onderhoud of de vervanging van medische apparatuur/technologie en dat, gelet op het grote aantal producten (450.000) en hun grote onderlinge verscheidenheid, een algemene wettelijke norm niet haalbaar lijkt<sup>2</sup>. In reactie op de genoemde motie is aangekondigd dat zou worden onderzocht of, en zo ja op welke wijze, wettelijk vast te leggen is dat onderhoudsdiensten gecertificeerd dienen te zijn. Een dergelijke verplichting zou moeten gelden voor zowel een eventuele eigen onderhoudsdienst van een zorgaanbieder als voor externe, ingehuurd onderhoudsdiensten voor medische technologie/apparatuur. De Wcz kent voor zorgaanbieders de verplichting om goede zorg te leveren en de zorg zo te organiseren en zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen te bedienen, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg (artikel 7).

De zorgaanbieder is ook verantwoordelijk voor hulpzaken en die verantwoordelijkheid strekt zich ook uit over gebruikte apparatuur en producten. De regering is tot de conclusie gekomen dat het wenselijk en mogelijk is in dit wetsvoorstel de mogelijkheid te openen (artikel 8, onderdeel a) om bij amvb voor daarbij aan te wijzen categorieën van zorgaanbieders en apparatuur regels te stellen met betrekking tot periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles. Daarbij ware te denken aan het opleggen van de verplichting voor de zorgaanbieder om het onderhoud en de veiligheidscontroles slechts te laten uitvoeren door onderhoudsdiensten die aan in redelijkheid te stellen kwaliteitswaarborgen voldoen en ten bewijze daarvan gecertificeerd zijn.

Verplichte certificering brengt uiteraard administratieve lasten met zich mee. Van de hier geschapen bevoegdheid zal daarom een zo beperkt mogelijk gebruik worden gemaakt. Indien in de praktijk voldoende waarborgen blijken te bestaan voor het regelmatig en met inschakeling van met voldoende kwaliteitswaarborgen omgeven onderhoudsdiensten toepassen van onderhoud door zorgaanbieder, kan van het opleggen van regels worden afgezien.

Dit wetsvoorstel biedt in artikel 8, onderdeel b, de mogelijkheid om bij of krachtens amvb de norm goede zorg nader te omschrijven. Dit zal met name kunnen gebeuren in situaties waarin de veiligheid van de zorg in het geding is en de algemene norm uit het oogpunt van handhaving tekortschiet, omdat de IGZ niet kan terugvallen op eenduidige richtlijnen en zorgaanbieders in verband daarmee de invulling die de IGZ aan de algemene norm, geeft ter discussie stellen<sup>3</sup>. Zo zou bij amvb kunnen worden geregeld dat bepaalde medische verrichtingen aan te stellen kwaliteitsnormen moeten voldoen. Concreet kan worden gedacht aan een amvb waarin wordt voorgeschreven dat jaarlijks een minimumaantal verrichtingen moet worden gedaan of waarin een bepaalde minimale deskundigheidsgraad van de zorgaanbieder wordt voorgeschreven. Bij ministeriële regeling kan vervolgens het aantal verrichtingen of de exacte deskundigheidsgraad worden bepaald. Voldoet de zorgaanbieder niet aan deze nader uitgewerkte norm, dan verleent deze zorgaanbieder geen goede zorg en kan de IGZ bestuursrechtelijke maatregelen nemen. Ook zou bij amvb kunnen worden bepaald aan welke bouwkundige, organisatorische of personele eisen de zorgaanbieder dient te voldoen. Ook kan worden gedacht aan vereisten voor een veiligheidsmanagementsysteem.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 47.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 154.

<sup>3</sup> De Algemene Rekenkamer heeft in het rapport Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen het belang van absolute normen voor kwaliteit van zorg benadrukt (Kamerstukken II 2008/09, 31 961, nrs. 1–2, p. 23).

Bij ministeriële regeling kunnen deze vereisten dan verder worden geconcretiseerd.

#### *9.7 Kwaliteitsgegevens benutten voor verbetering van de kwaliteit*

Van zorgaanbieders wordt verlangd dat zij er voortdurend naar streven door middel van kwaliteitssystemen de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren. Het wetsvoorstel verplicht zorgaanbieders daar ook toe. Door feiten en gebeurtenissen betreffende de kwaliteit van zorg goed te registreren, verkrijgt de zorgaanbieder inzicht in de door hem geleverde kwaliteit. De dataverzameling kan hij gebruiken om ervan te leren of zich te verantwoorden over de geleverde prestaties. Naarmate een zorgaanbieder groter is en meer verschillende vormen van zorg biedt, zal het kwaliteitssysteem uitgebreider zijn.

Een voorbeeld van een onderdeel van een kwaliteitssysteem is een Veiligheids Management Systeem (VMS). De veldpartijen in de cure hebben in een Nederlands Technische Afspraak<sup>1</sup> vastgelegd waaraan een VMS moet voldoen. Vervolgens hebben de veldpartijen afgesproken dat het VMS van elk ziekenhuis uiterlijk eind 2012 gecertificeerd moet zijn. Een kwaliteitssysteem is bedoeld voor het beheersen van risico's ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Onderdeel van de risicobeheersing is dat professionals op de hoogte zijn van en moeten voldoen aan protocollen, richtlijnen en standaarden voor de kwaliteit van de zorg, zoals deze door de wetenschappelijke verenigingen zijn opgesteld (professionele standaard).

De veldpartijen in de care hebben ervoor gekozen om door middel van kwaliteitsindicatoren transparant te maken hoe het met de kwaliteit van zorg en de veiligheid in de zorg gesteld is en op basis daarvan concreet te werken aan verbeteringen. De kwaliteitsindicatoren zijn verwerkt in kwaliteitssystemen zoals HKZ en Prezokeurmerk. Deze kwaliteitssystemen zijn niet verplicht, maar kunnen als hulpmiddel worden gebruikt voor de systematische verbetering van de kwaliteit. Als sluitstuk hanteert de IGZ de kwaliteitsindicatoren bij het toezicht.

Op grond van artikel 7 moet de zorgaanbieder zorgen voor een goede verantwoordelijkheidstoedeling. Dit impliceert dat professionals informatie over de kwaliteit aanleveren aan de zorgaanbieder en dat de zorgaanbieder zorgt voor terugkoppeling aan die professionals omtrent de kwaliteit van de zorg die zij leveren.

Onderdeel van een VMS is in veel gevallen een systeem voor veilig incident melden (VIM). Het intern binnen de organisatie van de zorgaanbieders vertrouwelijk kunnen melden van incidenten in de zorg ter voorkoming van herhaling en derhalve ter bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening is maatschappelijk van groot belang. Om het registreren te bevorderen, regelen wij drie aspecten nader.

Allereerst is het voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg van groot belang dat medewerkers binnen een zorginstelling incidenten en fouten melden en dat zij erop kunnen vertrouwen dat die gegevens in beginsel niet worden gebruikt voor andere doelen. We vinden dit principe terug in richtlijnen van de WHO en de Raad van Europa, in gezondheidswetgeving uit andere landen<sup>2</sup> en ook in Nederlandse wetgeving (Wet luchtvaart, Rijkswet Onderzoeksraad voor Veiligheid). De Raad van Europa pleit nadrukkelijk voor wetgeving terzake. Wij leggen dit thans wettelijk vast met de bepaling dat de gegevens in de kwaliteitsregisters in beginsel niet gebruikt mogen worden als bewijs (schuld, aansprakelijkheid) in een strafrechtelijke, tuchtrechtelijke of civielrechtelijke procedure, en evenmin als basis mogen dienen voor een disciplinaire of arbeidsrechtelijke

---

<sup>1</sup> NTA 8009: 2007

<sup>2</sup> J. Legemaate en R. de Roode, Medisch Contact, 21 november 2008, 63 nr. 47, p. 1973.

maatregel of anderszins een bestuursrechtelijke sanctie of maatregel (artikel 11, tweede lid). Bescherming van de melder van een incident of fout houdt evenwel niet in dat de individuele verantwoordelijkheid van de melder voor zijn daden daarmee komt te vervallen. Bescherming betekent evenmin dat de mogelijkheid komt te vervallen om tegen de melder (of de dader indien dat een ander is dan de melder) maatregelen te treffen. In geval van opzettelijke fouten of grove nalatigheid moet de zorgaanbieder (of de IGZ) altijd tegen de betrokken zorgverlener maatregelen kunnen nemen volgens de daarvoor geëigende (en van het meldingssysteem te onderscheiden) procedures. Ook als de zorgaanbieder vermoedt dat er sprake is van een calamiteit of seksueel misbruik, moet hij zich vergewissen van hetgeen is voorgevallen en eigen onderzoek doen of er inderdaad een calamiteit of seksueel misbruik heeft plaatsgevonden. Indien dat het geval is, moet de zorgaanbieder aan de IGZ onverwijld die gebeurtenis melden. De beoogde bescherming bij «veilig melden» richt zich dan ook alleen op de informatie uit het systeem van veilig melden van incidenten zelf. Die informatie mag niet als bewijsmateriaal worden benut in het kader van procedures die kunnen leiden tot het treffen van maatregelen jegens individuele medewerkers, behoudens die gevallen waarin sprake is van een vermoeden van een strafbaar feit en de gegevens redelijkerwijs niet langs andere weg konden worden verkregen. Niets belet de zorgaanbieder om naar aanleiding van vermoedens die voortkomen uit kennisgeving van een melding, zelf over te gaan tot eigen onderzoek.

Tegenover het belang dat medewerkers binnen een zorginstelling erop moeten kunnen vertrouwen dat de door hen aangeleverde gegevens in beginsel niet worden gebruikt voor andere doelen, staat het belang van een doelmatige opsporing, vervolging en bestraffing van ernstige strafbare feiten.

Voorts is het in bepaalde gevallen noodzakelijk dat binnen kwaliteitssystemen met tot cliënten of zorgverleners herleidbare gegevens wordt gewerkt. Voor een goede analyse van een incident in de zorgverlening moeten soms de eventuele bijzondere kenmerken van de betrokken cliënt in aanmerking worden genomen om tot een goede beoordeling te komen. De gegevens worden ook nu al vaak gebruikt (op basis van veronderstelde toestemming), maar door het ontbreken van een wettelijke basis zijn er in de praktijk vragen en onduidelijkheden die ertoe kunnen leiden dat niet alle noodzakelijke gegevens in het kwaliteitsregister worden ingevoerd. Daarmee wordt de lerende werking beperkt. Om zorgaanbieders beter in staat te stellen kwaliteit en veiligheid te verbeteren, maken wij het wettelijk mogelijk dat zorgaanbieders, voor zover noodzakelijk, tot personen herleidbare gegevens zonder hun toestemming gebruiken ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Dit in navolging van landen als Engeland en Denemarken.

Tot slot is, om te voorkomen dat de gegevens in het kwaliteitsregister worden gebruikt voor andere doelen dan het kwaliteitssysteem, in het wetsvoorstel geregeld dat de inhoud van het register niet openbaar is. Openbaarmaking zal weliswaar in een individueel geval het belang van de rechtzoekende kunnen dienen, doch daarmee zal het meldingssysteem als zodanig op de tocht komen te staan, met als gevolg dat toekomstige rechtzoekenden van dergelijke meldingen verstoken zullen blijven, terwijl daarnaast het kwaliteitsinstrument dat de melding beoogt te zijn, verloren gaat. Onder die omstandigheden moet het individuele belang wijken voor het algemeen belang<sup>1</sup>. Het niet openbare register is overigens wel de bron voor geaggregeerde en gecorrigeerde informatie die wel openbaar wordt gemaakt (zie hoofdstuk 10).

---

<sup>1</sup> Hof Leeuwarden 9-12-2008, LJN BG6616.

De meldingsverplichting van artikel 12 (calamiteiten en seksueel misbruik) strekt ertoe te zorgen dat de IGZ op de hoogte is van ernstige incidenten. Met de meldingsverplichting van artikel 21 (incidenten) is ook gewaarborgd dat de cliënt alle informatie krijgt over de aard en toedracht van incidenten bij de verlening van zorg. Deze informatie moet ook in het dossier worden opgenomen. De individuele cliënt krijgt alleen informatie over de zorg die aan hem is verleend, niet over de zorg aan anderen.

#### *9.8 Verantwoordelijkheid zorgaanbieder voor goede zorg*

Zorgaanbieders zijn op basis van artikel 5, eerste lid, verantwoordelijk voor het verlenen van goede zorg. Door gebruikmaking van de klachtenprocedure bij de zorgaanbieder en langs de weg van geschillenbehandeling kunnen zij daarop worden aangesproken. Op grond van het tuchtrecht, het strafrecht en het civiele recht kunnen individuele beroepsbeoefenaren worden aangesproken.

Op basis van artikel 7 moet de zorgaanbieder de organisatie van de zorgverlening zo inrichten dat de bevoegdheden en verantwoordingsplichten binnen zijn organisatie zo zijn belegd dat ze redelijkerwijs leiden tot goede zorg. Het bestuur van de instelling kan dan een ieder die binnen de instelling werkt, aanspreken op het leveren van goede zorg. Dit geldt niet alleen voor de zorgverleners die in loondienst zijn, maar ook voor andere zorgverleners die zorg verlenen in de instelling, bijvoorbeeld de medisch-specialisten (al dan niet in maatschapsverband) of andere ingehuurde zelfstandigen of organisaties. De eerstgenoemde groep kan uit hoofde van de arbeidsrelatie aangestuurd worden; de laatstbedoelde groepen moeten op grond van de artikelen 2 en 7 aangestuurd worden door middel van contractuele afspraken, bijvoorbeeld in een toelatingsovereenkomst. Deze overeenkomsten moeten tot dat doel in ieder geval voorzien in de mogelijkheid voor de zorgaanbieder om een aanwijzing te geven aan degene met wie de overeenkomst is gesloten en in de mogelijkheid voor de zorgaanbieder om de overeenkomst op te zeggen wanneer sprake is van ernstig disfunctioneren. Zo is ook de thuiszorgorganisatie die gebruik maakt van onderaannemers (bijv. zelfstandigen zonder personeel), verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, ook voor zover die zorg feitelijk wordt geleverd door een onderaannemer. Door middel van het contract dat de zorgaanbieder sluit met de onderaannemer, moet hij zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit kunnen waarmaken.

Wij vinden dat het bestuur van een instelling<sup>1</sup> primair verantwoordelijk is voor goede zorg; de wet legt dat nadrukkelijk vast. Het is ook de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor het kwaliteitssysteem en het bewaken van de kwaliteit. De cliënt kan – op grond van deze wet – zijn recht op goede zorg zonedig afdwingen van de zorgaanbieder. Ook de toezichthouder (IGZ) ziet hierop toe en zal handhavend optreden wanneer sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, of het belang van goede zorg anderszins dat redelijkerwijs vergt. Dit wetsvoorstel scheidt daarmee de duidelijkheid die de Onderzoeksraad aanbeveelt. Het bestuur van een zorginstelling moet bij zijn medewerkers een cultuur uitdragen waarin kwaliteit, veiligheid en openheid, als leidraad dienen. Passend bij deze verantwoordelijkheid van het bestuur is dan ook dat hulpverleners verantwoording moeten afleggen aan het bestuur (artikel 7).

---

<sup>1</sup> Ook als de zorgaanbieder geen rechtspersoon is en er dus geen bestuur is, zal de IGZ de zorgaanbieder (in dat geval de verantwoordelijke natuurlijke persoon) aanspreken.

## 10. Recht op keuze-informatie

### 10.1 Huidig wettelijk kader

Er zijn diverse verplichtingen voor zorgaanbieders tot openbaarmaking van gegevens over hun zorgverlening:

- Op grond van de Wmg moeten aanbieders informatie over tarieven en kwaliteit van hun prestaties en diensten openbaar maken met het oog op het belang van consumenten en toezicht op de marktordening.
- Op grond van de Wtzi moeten zorgaanbieders maatschappelijke verantwoording afleggen. Cliënten, financiers, overheden en zorgverzekeraars kunnen zich dan een goed beeld vormen van de verschillende aspecten van de zorgverlening en hun keuzes daardoor laten beïnvloeden. Bestuurders en toezichthouders gebruiken deze informatie voor het uitoefenen van hun taken.
- Er is een openbaar register van toegelaten instellingen (Wtzi) en individuele beroepsbeoefenaren staan in het Big-register.
- Op grond van de Kwaliteitswet moeten zorgaanbieders verslag doen van de gerealiseerde kwaliteit en het kwaliteitsbeleid.
- Ook de Wkcz en de Wmcz bevatten verslagverplichtingen.

### 10.2 Verbeteringen voor de cliënt

De bovengenoemde wetten hebben verschillende oogmerken en bevatten daarop gerichte informatiebepalingen. De informatievoorziening aan cliënten en andere belanghebbenden en de daarbij behorende verplichtingen voor zorgaanbieders zijn tamelijk onsamenhangend geregeld. De groep zorgaanbieders die aan de verslagverplichtingen moet voldoen, is per informatieverplichting verschillend. Dit alles heeft tot gevolg dat het voor cliënten erg lastig is om de zorgprestaties van de verschillende zorgaanbieders met elkaar te vergelijken.

Dit wetsvoorstel levert de volgende verbeteringen op voor de cliënt:

1. De cliënt krijgt recht op keuze-informatie.
2. De cliënt vindt op verschillende plaatsen dezelfde, vergelijkbare informatie.

### 10.3. Recht op keuze-informatie

Om te kunnen kiezen uit de beschikbare zorgaanbieders, moet de cliënt goede informatie ter beschikking hebben over de inhoud, kwaliteit en prijs van de zorg die ook de vergelijking van de prestaties van de zorgaanbieders mogelijk maakt; dat regelt artikel 13.

Het recht op keuze-informatie bestaat onafhankelijk van de vraag of er sprake is van een zorgrelatie. Juist voorafgaand aan de zorgrelatie moet de cliënt kunnen kiezen en heeft hij de keuze-informatie nodig. Een zorgaanbieder mag in eerste instantie volstaan met informatie op het internet. Indien de cliënt dat wenst, moet de zorgaanbieder schriftelijk of mondeling (aanvullende) informatie aan de cliënt verschaffen.

De basis voor goede zorgverlening is de vertrouwensband tussen de cliënt en zijn zorgaanbieder. Dat geldt voor zowel de curatieve als de langdurende zorg. Dat vertrouwen wordt versterkt als de band tussen cliënt en zorgaanbieder tot stand is gekomen omdat de cliënt daar zelf voor heeft gekozen. Daarom hechten wij eraan dat de cliënt daadwerkelijk keuzes kan maken op basis van keuze-informatie die voor een ieder beschikbaar is. Dat deze gegevens voor een ieder beschikbaar zijn, is belangrijk. Op grond van artikel 38 Wmg moeten zorgaanbieders informatie over tarieven en kwaliteit van hun prestaties en diensten openbaar maken. Voorkomen moet worden dat alleen de goed ontwikkelde burger die op het internet gaat surfen, toegang tot de gegevens heeft en voor zichzelf de beste keuze maakt. In aanvulling op de bepaling



in de Wmg regelen we daarom in dit wetsvoorstel dat de zorgaanbieder, als de cliënt daarom vraagt, informatie over tarieven en kwaliteit moet geven. De zorgaanbieder kan dan ook een nadere toelichting daarbij geven, als de cliënt dit wenst.

Om te kunnen kiezen, heeft de cliënt goede informatie nodig over:

1. welke zorgaanbieder op welke plaats vormen van zorg aanbiedt,
2. de kwaliteit van de prestaties van de zorgaanbieder,
3. de tarieven voor die prestaties (vooral van belang voor zover de cliënt de zorg zelf moet betalen),
4. de ervaringen van andere cliënten met de zorg,
5. de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van de prestaties en diensten,
6. de wachttijd en
7. de rechtspositie van de cliënt die uit deze wet voortvloeit.

We beschouwen informatie over de kwaliteit van de zorg als de kern van de keuze-informatie. Inzicht in de kwaliteit van de zorgverlening wordt verkregen op basis van indicatoren. Om de informatievoorziening sneller op een goed peil te brengen, werkt het project Zichtbare Zorg binnen de IGZ met alle betrokkenen (waaronder cliënten) met prioriteit aan het ontwikkelen van de benodigde kwaliteitsindicatoren (zie paragraaf 4.2). Om te komen tot betrouwbare en vergelijkbare indicatoren, moeten zorgaanbieders geanonimiseerd basismateriaal aanleveren bij Zichtbare Zorg, waar de uniform gemeten basisgegevens zodanig worden bewerkt, dat de scores van de zorgaanbieders op de verschillende indicatoren met elkaar vergeleken kunnen worden. Daarnaast is er een Centrum Klantervaringen Zorg (een stichting bestuurd door organisaties van cliënten, aanbieders en zorgverzekeraars, financieel gesteund door de overheid) om de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van metingen van ervaringen van cliënten te verbeteren.

In aanvulling op informatie over kwaliteit en prijs moet de zorgaanbieder op basis van dit wetsvoorstel (artikel 13) ook informatie geven over een aantal andere onderwerpen die voor de cliënt mede bepalend kunnen zijn bij de keuze van een zorgaanbieder, zoals de rechtspositie die de cliënt heeft op grond van deze wet.

De cliënt kan voor het maken van een keuze voor een zorgaanbieder het register van zorgaanbieders raadplegen. Het register van zorgaanbieders (artikel 43) zal alle zorgaanbieders omvatten, dus veel meer dan het huidige register van toegelaten instellingen. Ook eenmanspraktijken, privé-klinieken en voorheen categoriaal als toegelaten aangemerkte instellingen, zoals instellingen voor huisartsenzorg of paramedische zorg zullen in het register terug te vinden zijn. Tussen dit register en de informatie over kwaliteit en ervaringen van andere cliënten zullen verbindingen worden aangebracht, zodat de cliënt gemakkelijk kan zoeken.

De keuze-informatie is overigens niet alleen relevant voor de cliënt. Ook de huisarts die een cliënt doorverwijst, kan gebruik maken van de keuze-informatie. De zorgverzekeraar en het zorgkantoor kunnen deze informatie benutten in hun contracteerbeleid. De NZa kan de informatie gebruiken voor het toezicht op de marktordening en de IGZ voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg.

#### *10.4 Vergelijkbare informatie over kwaliteit*

Met dit wetsvoorstel wordt aan de minister de bevoegdheid toegekend om regels te stellen ten aanzien van de in paragraaf 10.1 genoemde gegevensbronnen, waaronder keuze-informatie, (artikel 45). Ook de NZa heeft een zelfstandige bevoegdheid om regels te stellen, indien dat voor het toezicht op de markt noodzakelijk is. In het wetsvoorstel is voorzien in

een afstemmingsverplichting voor de NZa en de minister als zij regels inzake keuze-informatie stellen, opdat wordt voorkomen dat zorgaanbieders te maken krijgen met niet goed afgestemde regels inzake de informatie die aan verschillende toezichthouders en andere instanties moet worden geleverd. Het voordeel voor de cliënt is dat de informatie die hij krijgt, betrouwbaar en vergelijkbaar is en dat in het jaarverslag (en op [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl)) dezelfde gegevens staan als op andere plaatsen, zoals [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

## **11. Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer**

### *11.1 Informed consent*

De eis dat geen zorgverlening plaatsvindt dan nadat de cliënt op basis van de verstrekte en met hem besproken informatie daarvoor toestemming heeft gegeven (tezamen ook wel aan te duiden als informed consent), vormt het centrale deel van de (soms als klassieke patiëntenrechten aangeduide) cliëntenrechten in de WGBO. De cliënt moet een goed beeld hebben van zijn gezondheidstoestand en behandelmogelijkheden, zodat hij daarover verantwoorde beslissingen kan nemen en keuzes kan maken. Door de cliënt goed te informeren en hem bij de besluitvorming over onderzoeken en behandelingen te betrekken, zal hij beter gemotiveerd zijn om de door de zorgaanbieder voorgestelde behandeling te volgen. De therapietrouw en de kans van slagen van de behandeling kunnen hierdoor worden vergroot.

Van toestemming van de cliënt voor de zorgverlening als door het wetsvoorstel verlangd, is slechts sprake wanneer de cliënt voorafgaand aan het geven van toestemming voldoende is geïnformeerd. Een cliënt kan in veel gevallen slechts gebruik maken van de rechten die hij krijgt op grond van dit wetsvoorstel als hij goed geïnformeerd is over de zorg die hij krijgt.

Informatieverstrekking en het geven van toestemming is zowel in een ziekenhuis, als bij een huisarts, als in de verpleging, verzorging en begeleiding van belang. De soort zorg is niet van belang voor de behoefte aan informatie (wel voor de aard van de informatie) en het geven van toestemming. Het is immers de cliënt en diens gezondheid en zorgvraag waarvoor informatieverstrekking nodig is.

Met name in de care is thans niet altijd duidelijk of de cliëntenrechten van de WGBO gelden, omdat onduidelijk kan zijn of er ook sprake is van geneeskundige behandeling. Deze wet voorziet in een ruime definitie van het begrip zorg en daarmee in een uitbreiding van het recht op informatie en het recht op toestemming voor verzorging en verpleging, ook als sprake is van behandeling. Hiermee komt aan de genoemde onduidelijkheid een einde.

In de WGBO zijn de uitgangspunten van informed consent wettelijk vastgelegd. Het is aan de praktijk en jurisprudentie overgelaten dit recht nader in te vullen. Uit de evaluatie van de WGBO volgt dat de WGBO-regeling aangaande het recht op informatie en het toestemmingsvereiste in hoofdlijnen bruikbaar is. De knelpunten vinden geen oorzaak in de tekst van de WGBO, maar in een veelheid van de omstandigheden en factoren in de dagelijkse praktijk. Om die reden wordt dit recht in hoofdlijnen overgenomen uit de WGBO. Er is geen aanleiding om dit recht ingrijpend inhoudelijk te wijzigen. Wel is het recht op informatie op de volgende punten wettelijk nader omschreven en aangevuld:

- In de formulering van de bepaling is sterker benadrukt dat het recht op informatie in de zorgrelatie het karakter moet hebben van een uitwisseling van informatie.

- De informatie moet in alle gevallen duidelijk zijn en afgestemd op het bevattingsvermogen van de cliënt. Dit betekent dat de hulpverlener rekening houdt met de fysieke en geestelijke beperkingen van de cliënt. Het betekent ook dat de hulpverlener zich er bij ingrijpende verrichtingen van moet vergewissen dat de cliënt de informatie heeft begrepen.
- De informatie-uitwisseling moet tijdig plaatsvinden, zodat de cliënt deze informatie mee kan nemen in zijn beslissing om al dan niet toe te stemmen.
- De cliënt heeft recht op informatie over incidenten die zijn voorgevallen tijdens de zorgverlening. Incidenten omvatten mede bij de zorg gemaakte fouten. Niet alleen juridisch, maar ook in termen van vertrouwen tussen hulpverlener en patiënt, is het openlijk bespreken van een incident te prefereren boven het verhullen daarvan. De cliënt krijgt recht op alle informatie over de aard en toedracht van incidenten bij de zorgverlening.

### *11.2. Kiezen voor de individuele zorgverlener*

De cliënt heeft altijd het recht om toestemming te weigeren, dan wel een eerder gegeven toestemming in te trekken. Dit betekent dat, indien een cliënt om hem of haar moverende redenen niet door een bepaalde persoon wil worden behandeld, de behandeling door die persoon niet kan plaatsvinden wegens het ontbreken van toestemming. Indien deze redenen gelegen zijn in een vorm van discriminatie, die op grond van de wetgeving met betrekking tot gelijke behandeling is verboden, hoeft een zorgaanbieder hieraan niet tegemoet te komen. De keuzevrijheid van de cliënt wordt begrensd door het verbod van discriminatie op grond van bijvoorbeeld ras, seksuele gerichtheid, godsdienst of levensovertuiging in de behandelingssituatie.

Cliënten komen terecht in voor hen intieme en kwetsbare situaties. Het is daarom van belang dat zij met hulpverleners te maken hebben, bij wie zij zich vertrouwd voelen. Vertrouwen tussen de hulpverlener en de cliënt komt de kwaliteit van de behandeling ook ten goede. Soms hebben cliënten een voorkeur voor bijvoorbeeld een man of een vrouw als hulpverlener<sup>1</sup>. Deze voorkeur kan voortkomen uit religieuze motieven, maar ook uit persoonlijke voorkeur, eerdere (negatieve of positieve) ervaringen of trauma's. De wetgeving inzake gelijke behandeling biedt de mogelijkheid te verzoeken om een arts van een bepaald geslacht. Deze mogelijkheid is echter geen afdwingbaar recht<sup>2</sup>. In niet-spoedeisende situaties zal het recht op keuze veelal wel realiseerbaar zijn; de cliënt kan dan op een later tijdstip terugkomen of zich wenden tot een andere hulpverlener. In spoedgevallen is dat echter niet altijd mogelijk. Niettemin heeft een wilsbekwame cliënt ook in acute situaties het recht om te weigeren, zelfs indien dit schadelijke gevolgen voor hem met zich zal brengen. De hulpverlener zal zich er in zo'n geval van moeten vergewissen dat de cliënt een weloverwogen keuze maakt om de behandeling te weigeren en dat hij op de hoogte is van de consequenties van de weigering. In een dergelijk geval zal de hulpverlener er ook verstandig aan doen om de weigering schriftelijk vast te leggen. Goede communicatie door hulpverleners speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van discussies en problemen over het recht op keuze.

De naturapolis kent enige beperkingen om te kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder (zie paragraaf 2.2). De naturapolis kent geen beperkingen waar het gaat om het recht van de cliënt om toestemming te weigeren. In een instelling zullen meestal meerdere hulpverleners aanwezig zijn, zodat er voor de cliënt binnen een instelling meestal keuze is uit meerdere hulpverleners; een naturapolis geeft in dit geval geen beperkingen. Als het gaat om bijvoorbeeld een huisarts of fysiotherapeut of een praktijk waar maar een of enkele hulpverleners werken, is het wellicht lastiger om te

<sup>1</sup> Dat is ook de reden dat in de gelijke behandelingswetgeving rekening is gehouden met dit soort situaties (vgl. artikel 7, derde lid, Algemene wet gelijke behandeling en artikel 1, onder d en e, van het Besluit beroepsactiviteiten waarvoor het geslacht bepalend kan zijn).

<sup>2</sup> Voor het advies van de Commissie Gelijke Behandeling zie de bijlage bij Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nr. 82.

kiezen voor een andere hulpverlener. In dat geval heeft de zorgverzekeraar altijd nog andere zorgaanbieders gecontracteerd, bij wie de cliënt terecht kan.

### *11.3. Recht op een dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer*

Goede zorgverlening impliceert dat de zorgaanbieder zorgvuldig aantekening houdt van hetgeen met de cliënt is besproken en van de behandeling die deze heeft ontvangen. Daarom is in het wetsvoorstel voorzien in een recht voor de cliënt op een dossier – en dus een verplichting voor de zorgaanbieder om een dossier aan te leggen. Onder het recht op dossiervorming vallen de verplichting van een zorgaanbieder om een dossier in te richten en te bewaren, het recht van de cliënt om het dossier te laten vernietigen en het recht op inzage door en afschrift van het dossier voor de cliënt. Deze bepalingen zijn overgenomen uit de WGBO.

In de WGBO is ook, ter uitwerking van grondwettelijke en internationaal-rechtelijke bepalingen, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (hier verder: privacy) geregeld. Onder het recht op privacy vallen de geheimhoudingsplicht van de zorgaanbieder en van de voor hem werkende hulpverleners en het recht van de cliënt op privacy tijdens de zorgverlening. Medische en andere persoonsgegevens mogen in beginsel alleen met toestemming van de cliënt aan derden worden verstrekt. Onderzoek en behandeling dienen zoveel mogelijk buiten het gehoor en het gezichtsveld van buitenstaanders plaats te vinden. Deze rechten zijn uit de WGBO overgenomen in deze wet.

Er is geen aanleiding om deze rechten inhoudelijk te wijzigen. Deze rechten gelden in iedere zorgrelatie en moeten dus ook in de care gaan gelden. Juist voor mensen die wonen in een zorginstelling, is privacy een belangrijk kwaliteitselement van het wonen.

Voorts wordt een aantal nieuwe elementen aan deze rechten toegevoegd:

- Voor zover een cliënt ten aanzien van bepaalde beslissingen wilsonbekwaam wordt geacht, moet daarvan aantekening worden gemaakt in het dossier. Hiermee wordt het oordeel van de zorgaanbieder beter toetsbaar bij de civiele rechter en de geschilleninstantie. De positie van de wilsonbekwame cliënt wordt hiermee verbeterd.
- De bewaartermijn voor het dossier wordt met vijf jaar verlengd en krijgt een praktisch startmoment, te weten het moment van de laatste wijziging van het dossier. De cliënt kan vragen de gegevens langer te bewaren.
- De geheimhoudingsverplichting van artikel 7:457 BW, die in dit wetsvoorstel is overgenomen, impliceert dat zorgaanbieders en voor hen werkende hulpverleners de geheimhouding ook na de dood van een patiënt in acht moeten nemen. Nabestaanden hebben dan ook in beginsel geen recht op inzage. In de jurisprudentie is echter aangenomen dat nabestaanden onder bijzondere omstandigheden wel een recht op inzage hebben. Ter wille van de duidelijkheid, krijgen nabestaanden met dit wetsvoorstel nu onder bepaalde omstandigheden een expliciet wettelijk recht op inzage in het dossier van een overleden cliënt.

## **12. Recht op effectieve klachten- en geschillenbehandeling**

### *12.1 Huidige situatie en noodzaak tot verbetering*

Als de door een zorgaanbieder geleverde prestatie, in zorginhoudelijk opzicht of wat de bejegening betreft, niet voldoet aan wat de cliënt had mogen verwachten, moet de cliënt op een laagdrempelige wijze de nakoming van zijn rechten en een correcte bejegening kunnen afdwingen.

In de Wkcz is geregeld dat cliënten van een zorgaanbieder een klacht ter beoordeling kunnen voorleggen aan een door de zorgaanbieder ingestelde klachtencommissie. Deze commissie bestaat uit minimaal drie personen en wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter. Nadat de commissie tot een oordeel is gekomen, moet de zorgaanbieder de cliënt binnen vier weken mededelen of hij naar aanleiding daarvan maatregelen treft en, zo ja, welke.

Verschillende onderzoeken naar de werking van het klachtrecht in de zorg laten zien dat cliënten hoge drempels ervaren voor het indienen van klachten, weinig waarborgen zien voor de onafhankelijkheid van de beoordeling ervan en te vaak niet tevreden zijn met de uitkomsten van de klachtenbehandeling<sup>1</sup>. Noodgedwongen wordt uitgeweken naar de tuchtrechter, waar vanuit het perspectief van de cliënt te vaak geen bevredigende oplossing volgt<sup>2</sup>. De cliënt heeft onvoldoende kennis van de mogelijkheden van en verschillen tussen de verschillende procedures<sup>3</sup>. Met dit wetsvoorstel wordt een klachten- en geschillenprocedure voorgeschreven die niet vrijblijvend is, meer waarborgen voor onafhankelijkheid kent en transparanter is. De Wkcz wordt ingetrokken.

Het doel van de behandeling van klachten is dat de klager een snelle, eenvoudige en informele mogelijkheid wordt geboden om zijn recht te halen, indien hij van oordeel is dat met zijn rechten geen of onvoldoende rekening is gehouden. Ook wanneer de behandeling van een klacht geen reden geeft tot enige reparatieve actie van de kant van de zorgaanbieder wegens schending van een recht van de cliënt, kan klachtenbehandeling een nuttige functie vervullen. In de eerste plaats kan deze bij de cliënt het gevoel en vertrouwen versterken dat zorgvuldig naar hem wordt geluisterd en dat hij serieus wordt genomen. Het behandelen van klachten levert bovendien nuttige signalen op voor kwaliteitsverbetering.

### *12.2 Interne klachtenregeling*

Het wetsvoorstel geeft de cliënten het recht op een effectieve en laagdrempelige klachtenbehandeling door de zorgaanbieder, geborgd door een daartoe vast te stellen schriftelijke regeling. Het versterkt daarmee de positie van de cliënt wat betreft de mogelijkheden om gehoor te vinden voor zijn klachten over de (kwaliteit van de) zorgverlening, de naleving van zijn rechten en de wijze waarop hij is bejegend. In dit wetsvoorstel is de zorgaanbieder in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor een cliëntvriendelijke, adequate afhandeling van klachten. Schiet de zorgaanbieder naar het oordeel van de cliënt tekort, dan kan de cliënt de klacht en de reactie van de zorgaanbieder hierop voorleggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie die uitspraken doet in de vorm van een bindend advies.

Dit wetsvoorstel beoogt dat klachten zoveel mogelijk daar worden opgelost waar zij ook zijn ontstaan, te weten bij de zorgaanbieder. Bij de inrichting van de klachtenregeling heeft de zorgaanbieder een grote mate van eigen beoordelingsvrijheid. De zorgaanbieder moet de regeling afstemmen op de aard van zijn cliëntenbestand en de eigen situatie en de omstandigheden. Voor zover de zorgaanbieder op grond van het wetsvoorstel een cliëntenraad moet instellen, komt deze raad instemmingsrecht toe met betrekking tot de regeling van de behandeling van klachten. Dit vloeit voort uit de artikelen 36, eerste lid, onder n, en 37, tweede lid. Zorgaanbieders die geen cliëntenraad hoeven te hebben, moeten met een representatief te achten organisatie van cliënten overeenstemming bereiken over de klachtenregeling (artikel 28, vierde lid).

Regeling moet openstaan voor:  
a. de cliënt;

<sup>1</sup> WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen: verwachtingen en ervaringen van cliënten (NIVEL in opdracht van ZonMW, juni 2004, reeks evaluatie regelgeving: deel 16); IGZ 2006 pag. 68-69; Stichting De Ombudsman pleit in 2007 voor een totaal onafhankelijke klachtencommissie.

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

<sup>3</sup> IGZ 2006, pag. 67, Legemaate 2006, pag. 73, Nivel 2006 pag. 17.

- b. nabestaanden van een overleden cliënt;
- c. personen die op grond van artikel 4 een rol hebben naast of in de plaats van de cliënt of van oordeel zijn dat ten onrechte is uitgegaan van wilsbekwaamheid van de cliënt.

Een klacht kan betrekking hebben op alle aspecten van de naleving van deze wet door de zorgaanbieder, met inbegrip van de kwaliteit van de zorg en de bejegening. Er is geen reden om de klachtenregeling te beperken tot klachten over de bejegening. Het is vaak moeilijk onderscheid te maken tussen een bejegening die niet in overeenstemming is met het ongeschreven recht van de cliënt op een behoorlijke, respectvolle, bejegening en gevallen waarin de onvrede ook betrekking heeft op het schenden van in deze wet expliciet geregelde rechten. In beide soorten gevallen gaat het om een oordeel over een gedraging van de zorgaanbieder, waarvoor zo mogelijk een bevredigende oplossing moet worden gevonden. Dat de procedure soms eindigt met een waardeoordeel over de bejegening en in andere gevallen met een beslissing dat de wet alsnog moet worden nageleefd of dat er schade moet worden vergoed, is daarbij niet van beslissende betekenis. De zorgaanbieder kan overigens besluiten schadeclaims buiten de klachtenregeling te houden en die op andere wijze af te handelen.

In het wetsvoorstel zijn enige specifieke eisen gesteld om te waarborgen dat de klachten van cliënten door de zorgaanbieder zorgvuldig worden behandeld. De afgelopen jaren is klachtopvang en bemiddeling, zoals opgenomen in de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, effectief gebleken. Een van de wettelijke eisen met betrekking tot de klachtenregeling is daarom de aanwezigheid van goede en kostenloze ondersteuning, advisering en voorlichting door een klachtenfunctionaris of een vertrouwenspersoon aan cliënten die niet tevreden zijn over de zorgverlening. De cliënt kan er vanuit gaan dat hij zijn onvrede vertrouwelijk bij deze persoon kan uiten. Deze persoon handelt slechts met toestemming van de cliënt. Hij kan de informatie en signalen die hij krijgt bij het uitoefenen van zijn functie wel doorgeven aan de raad van bestuur, zonder dat de gegevens tot cliënten herleidbaar zijn. Het profiel van deze persoon wordt in overeenstemming met de cliëntenraad vastgesteld. Het beroepsprofiel van de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (VKIG) voor een klachtenfunctionaris kan een leidraad zijn voor de cliëntenraad om het profiel aan te toetsen. Voor gedwongen opgenomen cliënten is het profiel van een patiëntenvertrouwenspersoon wettelijk vastgelegd in de Wet bopz. Er kan in de ggz voor gekozen worden om voor vrijwillig opgenomen cliënten een functionaris met hetzelfde profiel beschikbaar te stellen. Vanzelfsprekend kan de zorgaanbieder meerdere personen aanwijzen die met genoemde taken zijn belast.

De klachtenbehandeling moet zorgvuldig zijn. Een belangrijk element daarvan is dat, ook al is de zorgaanbieder zelf partij, het oordeel over de klacht zo neutraal mogelijk is. Een zorgaanbieder kan zich desgewenst door een commissie hierover laten adviseren. Er is in het veld al veel ervaring opgedaan met het oordelen over klachten door commissies. Daarbij is een ontwikkeling te zien waarin deze commissies zich steeds meer regionaal oriënteren. Dit is vooral van belang voor klachten waar meerdere zorgaanbieders bij betrokken zijn. Het is geenszins de bedoeling van het wetsvoorstel om deze positieve ontwikkeling te door kruisen. De cliënt moet van de voortgang van de behandeling van de klacht op de hoogte worden gehouden. Het is van groot belang dat cliënten snel weten wat de reactie van de zorgaanbieder is op hun klachten. Om die reden bepaalt dit wetsvoorstel dat klachten zo spoedig mogelijk – in ieder geval – binnen zes weken worden afgewikkeld. Deze termijn gaat in na het indienen van een schriftelijke klacht en kan in bijzondere omstandigheden met vier weken worden verlengd. Bemiddeling kan aan het schriftelijk

indienen van een klacht voorafgaan. De zorgaanbieder dient een schriftelijk oordeel te geven naar aanleiding van de klacht en dient de cliënt mededeling te doen van de maatregelen die naar aanleiding van de klacht worden genomen, alsmede de termijn waarbinnen dat gebeurt. Indien de zorgaanbieder de klacht niet tijdig heeft afgehandeld, kan de cliënt de onafhankelijke geschilleninstantie om een uitspraak vragen.

Net als in de Wkcz wordt in dit wetsvoorstel geen onderscheid gemaakt tussen verschillende zorgaanbieders. Dit betekent dat zowel de individueel werkende persoon die zorg aanbiedt als de zorgaanbieder die een instelling in stand houdt aan dezelfde verplichtingen moeten voldoen. In de reacties van veldpartijen is gevraagd om een differentiatie aan te brengen voor eerstelijnszorg. Daarbij is gewezen op de op dit moment goed functionerende nationale klachtencommissies in de eerste lijn. Gelet op de vrijheid die er is om de klachtenregeling vorm te geven, is deze differentiatie ons inziens niet nodig. De genoemde klachtencommissies kunnen, mits zij voldoen aan de aanvullende vereisten van deze wet, de rol vervullen van de onafhankelijke geschilleninstantie.

### *12.3 Geschilleninstantie*

De verplichting voor zorgaanbieders om te voorzien in een effectieve en laagdrempelige klachtenafhandeling, beoogt ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk problemen in de zorgverlening op het laagst mogelijke niveau tot een zo mogelijk voor beide partijen bevredigende oplossing worden gebracht. Er zal echter in sommige gevallen behoefte bestaan het oordeel van een onafhankelijke derde in te roepen. Voor een cliënt staat uiteraard de weg naar de burgerlijke rechter altijd open. Deze vaak kostbare en lange weg vormt evenwel voor veel cliënten een aanzienlijke barrière als zij een schending van hun rechten aan de orde willen stellen. Er zijn bovendien veel geschillen die zich naar hun aard minder goed lenen voor het bewandelen van deze weg. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan ontevredenheid over de bejegening en schendingen van het recht op informatie of de bescherming van de persoonlijke levenssfeer zonder direct aantoonbare schade. Veel cliënten en zorgaanbieders hechten, net als in andere maatschappelijke sectoren, belang aan een snelle, eenvoudige, laagdrempelige en goedkope wijze van geschillenbeslechting.

Dit wetsvoorstel geeft cliënten recht op een snelle en laagdrempelige mogelijkheid om een bindende uitspraak te krijgen over geschillen met de zorgaanbieder en verplicht de zorgaanbieders zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie die uitspraak doet in de vorm van een bindend advies. Deze mogelijkheid voor de cliënt vormt voor de zorgaanbieder, waar nodig, een extra prikkel om de klachtenbehandeling in eigen huis zo zorgvuldig mogelijk te doen plaatsvinden.

Dat de behandeling van geschillen zorgvuldig geschiedt, moet zijn gewaarborgd door een schriftelijke regeling van de werkwijze en bevoegdheden van de instantie. Het ligt in de rede dat de geschilleninstantie zich zal inspannen een erkenning van de Minister van Justitie te verwerven op grond van de Erkenningsregeling geschillencommissies consumentenklachten 1997 om op die wijze aan te tonen dat zij voldoet aan alle eisen die noodzakelijk zijn om een zorgvuldige behandeling van geschillen te waarborgen.

Om gezaghebbende uitspraken te kunnen doen, moet deze instantie uit de aard der zaak onafhankelijk zijn; zo dienen de leden van de instantie geen relatie te hebben met de zorgaanbieder waarop het geschil betrekking heeft. Dit wordt afdoende gewaarborgd door de eis dat de geschilleninstantie wordt opgericht door organisaties van cliënten en organisaties van zorgaanbieders gezamenlijk.

Indien de cliënt niet tevreden is met de wijze waarop een klacht over bejegening door de zorgaanbieder is afgehandeld, ontstaat er een situatie die veel lijkt op de situatie waarin de zorgaanbieder wettelijke verplichtingen jegens de cliënt niet of niet correct nakomt. In beide gevallen kan de cliënt daarover een bindend oordeel van een onafhankelijke derde verkrijgen. Of de geschilleninstantie voor de behandeling van verschillende soorten klachten verschillende procedure- en bewijsregels zal vaststellen, of de behandeling van verschillende klachten zal onderbrengen in verschillende kamers van de instantie met een samenstelling waarin andere disciplines en deskundigheden zijn vertegenwoordigd, laten wij over aan de geschilleninstantie zelf. Deze regels zullen uiteraard door de geschilleninstantie voor de cliënt op toegankelijke wijze beschikbaar moeten worden gesteld.

De toegang tot de geschilleninstantie moet zijn gewaarborgd voor:

- a. degenen die een klacht kunnen indienen;
- b. degenen die geen klacht konden indienen door het ontbreken van een klachtenregeling;
- c. degenen van wie in redelijkheid niet kon worden verlangd dat zij eerst een klacht bij de zorgaanbieder indienden;
- d. een organisatie van cliënten, mits het geschil betrekking heeft op een belang dat zij volgens haar statuten dient;
- e. cliënten met een schadeclaim.

De procedure voor de geschilleninstantie biedt cliënten (en anderen voor wie de klachtenregeling openstaat) in de eerste plaats mogelijkheid om op te treden tegen de wijze van afhandeling van hun klachten door de zorgaanbieder als zij het daarmee niet eens zijn. Daaronder vallen ook de gevallen waarin een cliënt een klacht heeft ingediend, maar de zorgaanbieder die niet volgens de klachtenregeling heeft afgehandeld (bijvoorbeeld door niet tijdig een oordeel over de klacht te geven). Cliënten hebben in beginsel geen rechtstreekse toegang tot de geschilleninstantie. Directe toegang tot de geschilleninstantie is wel mogelijk, indien de zorgaanbieder geen klachtenregeling heeft getroffen. Dit vormt voor zorgaanbieders waarschijnlijk een extra prikkel om uitvoering te geven aan de verplichting een goede interne klachtenafhandeling te organiseren. Er bestaan situaties waarin van een cliënt in redelijkheid niet kan worden verlangd dat hij zich eerst tot de zorgaanbieder wendt. Daarom is in het wetsvoorstel geregeld dat de instantie ook geschillen moet kunnen behandelen van personen die om – door de geschilleninstantie te beoordelen – gegronde redenen hun klacht niet eerst aan de zorgaanbieder hebben voorgelegd. Deze uitzonderingsmogelijkheid is niet bedoeld om iedereen rechtstreeks tot de geschillenbehandeling toe te laten. In het reglement zal moeten worden afgebakend in welke gevallen en op welke wijze daaraan vorm wordt gegeven. De geschilleninstantie beoordeelt zelf of deze zogenaamde «hardheidsclausule» op een klacht van toepassing is. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan klachten die seksuele intimidatie betreffen. Indien de geschilleninstantie van oordeel is dat de hardheidsclausule niet van toepassing is, zal de cliënt niet ontvankelijk worden verklaard, en alsnog worden verwezen naar de instantie voor klachtenbehandeling van de zorgaanbieder. Het wetsvoorstel bepaalt tot slot dat de procedure bij de geschilleninstantie ook moet openstaan voor cliëntenorganisaties. Het moet dan gaan om het behartigen van een belang dat die organisatie statutair behartigt. De geschilleninstantie moet ook bevoegd zijn om uitspraken te doen over vorderingen tot betaling van schade ontstaan als gevolg van de zorgverlening. Cliënten hebben voor dergelijke vorderingen dan direct toegang tot de geschilleninstantie, tenzij de zorgaanbieder zijn klachtenprocedure ook daarvoor heeft opengesteld. Een cliëntenorganisatie kan zelf geen schadeclaims indienen.



De Geschillencommissie Zorginstellingen, die naar verwachting zal opgaan in een geschilleninstantie die voldoet aan de eisen van deze wet, doet thans uitspraken over bedragen tot € 5.000,=. In dit wetsvoorstel is bepaald dat de geschilleninstantie uiteindelijk in ieder geval vorderingen tot € 25.000,= moet kunnen toewijzen. Om de zorgaanbieders, de verzekeraars en geschilleninstantie in staat te stellen zich zorgvuldig daarop voor te bereiden, is het bedrag in een overgangsbepaling vooralsnog beperkt tot € 10.000,=. Indien de schadeclaim een hoger bedrag belooft, zal het in de rede liggen dat de geschilleninstantie de cliënt verwijst naar de civiele rechter.

Als de cliënt besluit gebruik te maken van de mogelijkheid tot het voorleggen van een geschil aan de geschilleninstantie, is er sprake van een vaststellingsovereenkomst tussen partijen omtrent de afwikkeling van hun geschil. De geschilleninstantie brengt een bindend advies uit, waaraan partijen gebonden zijn. De cliënt die er voor heeft gekozen een zaak voor te leggen aan de geschilleninstantie, kan het geschil niet meer in volle omvang voorleggen aan de civiele rechter. Ook de zorgaanbieder heeft die mogelijkheid dan niet meer.

Een uitspraak van de geschilleninstantie is voor beide partijen bindend. Er is geen hoger beroep mogelijk. Partijen kunnen de uitspraak weliswaar aan de civiele rechter voorleggen, maar de civiele rechter zal de uitspraak van de geschilleninstantie slechts marginaal toetsen. De rechter zal een bindend advies alleen vernietigen, indien het bindend advies in verband met de inhoud of wijze van totstandkoming daarvan in de gegeven omstandigheden naar de maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn (artikel 7:904 BW). Hiervan kan sprake zijn indien het beginsel van hoor en wederhoor niet is nageleefd. Verder moet een uitspraak deugdelijk zijn gemotiveerd.

Mocht een zorgaanbieder geen gevolg geven aan een uitspraak van de geschilleninstantie, waarin de zorgaanbieder is veroordeeld iets te doen of schadevergoeding te betalen, dan kan de cliënt – eventueel in een kort geding – een procedure aanhangig maken bij de rechter. Ook in dat geval zal de rechter de uitspraak van de geschilleninstantie slechts marginaal toetsen. Met het alsdan verkregen vonnis kan de cliënt de opgelegde maatregelen ten uitvoer doen leggen.

Veldpartijen zijn bezig om de rechten en verplichtingen van cliënten en zorgaanbieders nader uit te werken in algemene voorwaarden. Het ligt voor de hand dat geschillen die voortvloeien uit deze algemene voorwaarden eveneens worden voorgelegd aan de geschilleninstantie. Dit wetsvoorstel staat daaraan niet in de weg.

#### *12.4 Uitspraken geschilleninstantie transparant*

Het wetsvoorstel houdt ook de verplichting voor de geschilleninstantie in om uitspraken openbaar te maken, ontdaan van gegevens die herleidbaar zijn tot cliënten en tot personen waarvan een zorgaanbieder zich eventueel bedient. Cliëntenorganisaties kunnen de informatie uit deze uitspraken toegankelijk maken voor hun doelgroep. Individuele cliënten en de mensen die hen ondersteunen, kunnen zich met deze informatie een beeld vormen van welke uitspraken men in welke kwesties kan verwachten. Dat maakt het mogelijk te komen tot een realistische inschatting van de kansen om met succes een beslissing over een klacht voor te leggen aan de geschilleninstantie.

#### *12.5 De verhouding tussen het klachtrecht en het tuchtrecht*

Het tuchtrecht staat open voor cliënten in de zorg. Op dit moment wenden cliënten die ontevreden zijn over de afhandeling van hun klacht, zich vaak tot de tuchtrechter. Het tuchtrecht is echter niet gericht op individuele genoegdoening voor de cliënt. Het tuchtrecht heeft als doel het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door de

beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 van de Wet big. De uitspraak van het college wordt hierdoor vaak als onbevredigend ervaren en draagt bij aan de beeldvorming «dat men in de zorg de hand boven elkaars hoofd houdt». Door een niet vrijblijvende klachten- en geschillenprocedure te verplichten, die er op is gericht dat de cliënt recht wordt gedaan, zullen naar verwachting minder mensen de behoefte voelen zich met hiervoor ongeschikte klachten te wenden tot het tuchtcollege. De persoon die door de zorgaanbieder is belast met klachtenopvang en -afhandeling, kan de cliënt informeren over en ondersteunen bij het kiezen van de meest geschikte procedure voor het doel dat zij willen bereiken met hun klacht.

#### *12.6 Verhouding met klachtrecht in wetten voor het leveren van onvrijwillige zorg*

De rechtspositie van de cliënt die onvrijwillige zorg ontvangt, wordt op dit moment in verschillende trajecten gewijzigd, met als doel deze positie te verhelderen en te versterken en duidelijke kaders te bieden voor gedwongen opnemingen en onvrijwillige zorg. Dit betreft de voorstellen voor de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang. Voor klachten inzake gedwongen opname en onvrijwillige zorg gelden extra waarborgen, gelet op de andere rechtspositie van deze cliënten. Deze wetten kennen hiertoe eigen klachtenhoofdstukken. Wat betreft de hiervoor genoemde klachten zijn de bovengenoemde wetten te zien als *lex specialis* ten opzichte van dit wetsvoorstel. Voor klachten over alle andere aspecten van de zorg geldt het klachtenhoofdstuk uit dit wetsvoorstel. In de praktijk hebben cliënten echter vaak gecombineerde klachten, die deels in het ene, en deels in het andere kader vallen. Daarnaast is niet iedere «vrijwillig» behandelde cliënt even vrij in zijn keuze als de andere. Zo kan een cliënt zich gedwongen voelen in te stemmen met ongewenste zorg als bedreigd wordt dat anders een machtiging zal worden aangevraagd. In de huidige situatie is dit probleem vaak opgelost doordat klachtencommissies van zorginstellingen vaak zowel klachten op grond van de Wkcz als op grond van de Wet bopz behandelen, waarbij voor de laatstbedoelde wel aanvullende eisen aan de behandeling worden gesteld. De eisen aan de geschilleninstantie in deze wet en de klachtencommissies uit de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang zijn hiertoe op elkaar afgestemd. Dit maakt het mogelijk dat te zijner tijd de geschilleninstantie in deze wet en de klachtencommissie uit de andere wetten in samenhang worden georganiseerd of dat gecombineerde zittingen worden gehouden.

### **13. Recht op medezeggenschap**

#### *13.1 Huidige situatie en noodzaak tot verbetering*

Beslissingen van de zorgaanbieder kunnen diep ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer van cliënten. Cliënten moeten zo veel mogelijk zelf de regie over het eigen leven kunnen voeren. Zelf regie voeren heeft te maken met keuzes die dicht bij de cliënt liggen, zoals hoe bepaald wordt welk broodbeleg wordt ingekocht, als strategische beslissingen op het gebied van huisvesting en fusies. Om die reden is medezeggenschap in de zorg wettelijk geborgd.

Het doel van de Wmcz is het bevorderen van de medezeggenschap van cliënten van de uit collectieve middelen gefinancierde instellingen op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning en de gezondheidszorg. In de Wmcz is geregeld dat deze instellingen een cliëntenraad moeten hebben en dat die raad bepaalde bevoegdheden moet hebben. Uit de evaluatie van de Wmcz in 2000 is gebleken dat het formaliseren van medezeggenschapsverhoudingen nog niet betekent dat het doel van daadwerkelijke medezeggenschap van cliënten via de cliëntenraden in de praktijk altijd wordt bereikt. Uit deze evaluatie<sup>1</sup>, de eerder voorgestelde

---

<sup>1</sup> Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag, december 2000.

aanpassingen<sup>1</sup>, de reacties daarop<sup>2</sup> en de voorstellen die cliëntenvertegenwoordigende organisaties<sup>3</sup> hebben aangedragen in het overleg ter voorbereiding van dit wetsvoorstel, kwam naar voren dat, hoewel de Wmcz een veelheid aan instrumenten biedt, deze in de praktijk niet altijd optimaal worden benut en er een aantal knelpunten zijn. Samengevat, wordt de medezeggenschap in de zorg met dit wetsvoorstel verbeterd doordat:

- de cliëntenraad meer bevoegdheden krijgt;
- de medezeggenschapsverplichtingen ook gelden voor zorgaanbieders die niet uit collectieve middelen worden gefinancierd;
- de financiering beter wordt geregeld;
- de regeling meer rekening houdt met de diversiteit aan organisatievormen binnen de zorg;
- de afhandeling van geschillen tussen zorgaanbieder en cliëntenraad wordt verbeterd door extra eisen te stellen aan de commissie van vertrouwenslieden;
- naast de verbetering van de private handhaving ook in publieke handhaving is voorzien.

De Wmcz wordt ingetrokken.

Betrokkenheid van cliënten bij de besluitvorming door een zorgaanbieder is essentieel voor goede zorgverlening<sup>4</sup>. Onderzoek naar kwaliteit vanuit het perspectief van cliënten door de Stichting Cliënt & Kwaliteit laat zien dat de zorgaanbieders waarover cliënten meer dan gemiddeld tevreden zijn, zorgaanbieders zijn waar de cliëntenraad goed voor de belangen van die cliënten opkomt<sup>5</sup>.

### *13.2 Reikwijdte medezeggenschapsverplichtingen*

De verplichting tot het regelen van de medezeggenschap geldt niet voor alle zorgaanbieders die zorg doen verlenen, maar uitsluitend voor instellingen die AWBZ-zorg leveren en andere instellingen die intramurale andere zorg leveren. Met dit wetsvoorstel vervalt de verplichting om een cliëntenraad te hebben voor aanbieders die in instellingsverband huisartsenzorg, paramedische zorg, mondzorg, verloskundige- en kraamzorg en ambulancezorg leveren en voor verstrekkers van hulpmiddelen en verpleegartikelen. Dit was ook al beoogd in de eerder bij de Tweede Kamer ingediende wijziging van de Wmcz<sup>6</sup>. De genoemde zorg is anders van karakter dan verpleging, verzorging en thuiszorg of intramurale tweedelijnszorg. Bij deze zorg is veel vaker sprake van zorg die diep ingrijpt in het leven van cliënten, en van grote afhankelijkheid van de zorgverlening. Daarnaast is de eerste lijn meestal kleinschalig georganiseerd en zijn er mogelijkheden om als cliënt te kiezen. De interesse om in cliëntenraden te zitten is ook beperkter.

De verplichting tot het hebben van een cliëntenraad is beperkt tot zorgaanbieders die in de regel door meer dan tien personen zorg doen verlenen. Deze grens voor toepasselijkheid van de regels geldt ook voor de regels inzake goed bestuur en verslagverplichtingen. Uiteraard is de grens van tien arbitrair. Gezocht is naar een evenwicht tussen het belang van deze verplichtingen en het voorkomen van onevenredige administratieve lasten en nalevingskosten. Voor de medezeggenschapsregeling is overwogen de grens voor de verplichting tot het instellen van een cliëntenraad te leggen op een zeker aantal cliënten. Om in alle gevallen dezelfde grens te kunnen stellen, is daar echter niet voor gekozen. Als de zorgaanbieder een instelling van enige omvang in stand houdt of zorgverlening uitbesteedt aan een organisatie die meer dan tien personen inzet, kunnen de organisatorische setting en het ontbreken van persoonlijk contact van de cliënt met de zorgaanbieder ertoe leiden dat het belang van de cliënt onvoldoende wordt betrokken bij het nemen van beslissingen op bestuursniveau. Cliënten hebben er recht op dat zij op adequate

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2006/07, 30 946, nrs. 1–3.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2006/07, 30 946, nrs. 4–5, RaadSaam, bijlage bij brief aan leden van de vaste commissie voor WVS, Herziening WMCZ, 19 maart 2007.

<sup>3</sup> Zoals LSR, LOC Zeggenschap in Zorg, Platform VG, Landelijk platform Ggz, ANBO, CSO, PerSaldo en L.F.B.

<sup>4</sup> Het gaat niet om invloed van het personeel, daarvoor geldt de Wet op de ondernemingsraden.

<sup>5</sup> Stichting Cliënt & Kwaliteit, Alles naar wens?, 2005. Onderzoek onder verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Uit onderzoek in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen blijkt dat 96% van de Raden van Bestuur vindt dat de adviezen van de cliëntenraad daadwerkelijk iets opleveren. Bron: LSR, Een onderzoek naar de praktijk van de WMCZ in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen, maart 2007.

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2006/07, 30 946.

wijze georganiseerde invloed kunnen uitoefenen op voor hen belangrijke besluiten. In kleinere zorgorganisaties zal in het algemeen langs andere wegen een adequate inbreng van de cliënten zijn gewaarborgd. Bovendien worden aldus de lasten van het organiseren van de medezeggenschap enigszins beperkt.

Er is, voor de gevallen dat er een cliëntenraad moet zijn, van afgezien om, wat de structuur van de medezeggenschap betreft, onderscheid te maken tussen cure en care of tussen zorg zonder verblijf en zorg met verblijf. Elke keuze dienaangaande op wetsniveau zou in de praktijk al snel blijken voorbij te gaan aan de wensen, behoeften en mogelijkheden in vele instellingen. Nu hebben cliëntenraden en zorgaanbieders de kans samen een structuur op maat te maken. Daar waar cliënten langdurig in een instelling verblijven, geldt wel een beperkt aantal extra bevoegdheden voor de cliëntenraad (zie paragraaf 13.4).

### *13.3 De medezeggenschapsregeling*

Het wetsvoorstel schrijft voor dat de zorgaanbieder een schriftelijke regeling inzake medezeggenschap moet treffen. Het spreekt voor zich dat de zorgaanbieder voor de inrichting van de medezeggenschap instemming nodig heeft van de bestaande cliëntenraad of, als die er niet is, van een voor zijn instelling en cliënten representatief te achten organisatie van cliënten. Indien de zorgaanbieder het niet met de cliëntenraad of de organisatie eens wordt over de inrichting van de medezeggenschap, kan de commissie van vertrouwenslieden worden gevraagd de medezeggenschapsregeling te beoordelen.

De zorgaanbieder dient in ieder geval één cliëntenraad in te stellen. Afhankelijk van de organisatie en haar cliënten moet de aanbieder ook voor te onderscheiden onderdelen een cliëntenraad instellen naast of in plaats van deze «centrale» cliëntenraad. Waar wordt gekozen voor het inrichten van meerdere cliëntenraden, kunnen cliëntenraden en zorgaanbieders ook samen kiezen welke verdeling van bevoegdheden over die raden het beste past en wat de meest wenselijke samenstelling is van de raden. De regeling moet zodanig ingericht zijn dat de cliëntenraad kan functioneren als een serieuze gesprekspartner voor de zorgaanbieder. Dit betekent dat de inspraak van cliënten op besluiten van de zorgaanbieder goed en op het juiste niveau binnen de organisatie moet zijn geregeld en dat de inspraak moet zijn afgestemd op de mogelijkheden van cliënten zelf. Het is niet wenselijk om bepaalde kwetsbare groepen cliënten zelf te belasten met informatie of beslissingen die ze niet aankunnen. Men kan in dat soort gevallen bijvoorbeeld denken aan een structuur waarin verstandelijk beperkte cliënten zelf in «decentrale» cliëntenraden adviseren over de dagelijkse gang van zaken en hun vertegenwoordigers in een «centrale» cliëntenraad adviseren over strategische beslissingen.

Dat een zorgaanbieder ook voor te onderscheiden onderdelen een cliëntenraad in moet stellen, betekent dat een zorgaanbieder met meerdere verpleeg- of verzorgingshuizen meerdere cliëntenraden moet hebben. Het is in dat geval dus niet voldoende dat er één cliëntenraad is op het niveau van de zorgaanbieder. De gekozen formulering verplicht de zorgaanbieder de medezeggenschapsstructuur zo in te richten dat de cliëntenraad van het verpleeghuis instemmingsrecht heeft over de onderwerpen die te maken hebben met de directe leefomgeving van de cliënt. Als een zorgaanbieder meerdere instellingen exploiteert, kunnen het bestuur van die zorgaanbieder en de cliëntenraden van de instellingen ervoor kiezen een overkoepelende, centrale cliëntenraad in te richten. Er is door meerdere veldpartijen verzocht om de verdeling van taken en bevoegdheden tussen verschillende cliëntenraden bij één zorgaanbieder nader te regelen. Het is volgens ons niet wenselijk om voor de uiteenlo-

pende organisatievormen die er binnen de zorg bestaan, één regime dwingend op te leggen. Wij kunnen ons voorstellen dat er voor verschillende sectoren modelregelingen worden ontwikkeld die hierbij als leidraad kunnen dienen voor zorgaanbieders en cliëntenraden. In het wetsvoorstel wordt daarom voorgeschreven dat de verdeling van bevoegdheden moet worden geregeld, maar niet op welke wijze dit moet worden ingevuld.

We hebben er niet voor gekozen voor te schrijven dat elke kleinschalige woonvoorziening, voor zover deze als onderdeel van een instelling is aan te merken, een eigen cliëntenraad moet hebben. Dat zou leiden tot hogere nalevingslasten en ingewikkelde regelgeving. Er zou een ingewikkelde en gedifferentieerde definitie van «kleinschalige woonvoorziening» of «locatie» nodig zijn om recht te doen aan alle verschillende woonvormen die er zijn voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening. In het ene geval is misschien een cliëntenraad aangewezen voor een groep van gebouwen of woningen. In het andere geval zal een huiskameroverleg per woning misschien meer voor de hand liggen.

Sluitstuk van de regeling is dat de zorgaanbieder aangesloten moet zijn bij een commissie van vertrouwenslieden, opgericht door representatieve organisaties van zorgaanbieders en representatieve organisaties van cliënten, waaraan de cliëntenraad geschillen over de toepassing van de wettelijke regels kan voorleggen om een bindende uitspraak te krijgen en waaraan ook de zorgaanbieder in bepaalde gevallen (zie hierna) een uitspraak kan vragen.

#### *13.4 De bevoegdheden van de cliëntenraad*

Cliëntenraden moeten kunnen adviseren bij de beslissingen die cliënten aangaan. Afhankelijk van de invloed die een beslissing heeft op de regie over het eigen leven van de cliënt, kan de mate waarin de bestuurder van het advies kan afwijken, verschillen. In de wet is een lijst opgenomen van de onderwerpen waarvoor de cliëntenraad om advies moet worden gevraagd bij besluitvorming hierover. Als een cliëntenraad niet om advies wordt gevraagd of als er een geschil ontstaat over een adviesplichtig onderwerp, kan de cliëntenraad zich wenden tot de commissie van vertrouwenslieden. Voor bepaalde onderwerpen uit deze lijst geldt dat de cliëntenraad instemmingsrecht heeft als daarover een besluit wordt genomen. Dit betreft onderwerpen die nauw raken aan de dagelijkse leefomgeving van cliënten.

Instemmingsrecht houdt in dat de bestuurder een instemmend advies van de cliëntenraad moet trachten te verwerven. Als de cliëntenraad, ook na nader overleg, niet instemmend adviseert en de zorgaanbieder zijn besluit toch wenst door te zetten, kan hij zich wenden tot een commissie van vertrouwenslieden. Die kan in zo'n geval alsnog toestemming geven voor het nemen van het besluit, indien het advies van de cliëntenraad onredelijk is of er zwaarwegende redenen zijn om af te wijken van het advies van de cliëntenraad. Er is dus geen sprake van een vetorecht van de cliëntenraad, wel van een zwaarwegend adviesrecht. Het instemmingsrecht vervangt het bestaande verzaamd adviesrecht en sluit daarmee meer aan bij de wijze waarop het instemmingsrecht voor ondernemingsraden is geregeld. Deze zwaardere rol voor cliëntenraden is reeds aangekondigd in de brief Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg<sup>1</sup>.

De commissie van vertrouwenslieden doet bindende uitspraken<sup>2</sup>. In de nieuwe opzet zal de commissie eerst hebben te bezien of de cliëntenraad zich onredelijk opstelde. Als dat het geval is, kan zij de zorgaanbieder

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 29 247, nr. 75.

<sup>2</sup> Bij de geschilleninstantie wordt een «bindend advies» verkregen. Hiermee komt tot uitdrukking dat er sprake is van een vaststellingsovereenkomst waarbij een beslissing wordt genomen over civiele rechten.

toestemming geven voor het nemen van het gewenste besluit. Dit geldt ook als de cliëntenraad zich redelijk opstelt, maar er voor de zorgaanbieder zwaarwegende redenen aanwezig zijn om toch af te wijken. Deze redenen zullen dan ook duidelijk door de zorgaanbieder in beeld moeten worden gebracht. Bij het huidige verzwaaard adviesrecht toetst de commissie van vertrouwenslieden slechts of het redelijk is dat de zorgaanbieder afwijkt van het advies van de cliëntenraad.

Als een zorgaanbieder zonder instemming van de cliëntenraad een besluit neemt zonder dat de commissie van vertrouwenslieden daarmee heeft ingestemd, kan de cliëntenraad een beroep doen op nietigheid. Het doorzetten van de uitvoering van dat besluit is dan onrechtmatig.

Er is veel discussie over geweest of cliëntenraden een instemmingsrecht dienen te hebben bij beslissingen over nieuwbouw, renovatie en fusies. Ook de Tweede Kamer heeft aangedrongen op een instemmingsrecht bij fusies voor instellingen waar cliënten langdurig verblijven<sup>1</sup>. Bij deze onderwerpen gaat het vaak over beslissingen waaraan een heel besluitvormingstraject vooraf is gegaan. Wij hebben ervoor gekozen de cliëntenraad instemmingsrecht te geven op de procedure die gevolgd gaat worden bij dit soort ingrijpende, vaak langer lopende besluitvorming. Wij volgen hierin het advies van organisaties van cliënten, van cliëntenraden en van zorgaanbieders<sup>2</sup>. Wil een cliëntenraad effectief invloed kunnen uitoefenen, dan is vroege betrokkenheid bij het proces essentieel. Daarnaast geldt dat het effect voor cliënten op een goede manier in het gehele besluitvormingsproces moet worden meegenomen. Dit effect dient hiertoe eerst te worden onderzocht en zichtbaar te worden gemaakt. Ten aanzien van fusies zijn wij voornemens in de toekomst hiertoe een fusie-effectrapportage te verplichten. Ten aanzien van bouw ten behoeve van AWBZ-zorg geldt dat een leefwensenonderzoek een onderdeel van de besluitvormingsprocedure moet zijn. Voor een aantal deelonderwerpen bij bouw geldt overigens wel een instemmingsrecht, dit betreft het programma van eisen en het sociaal plan voor bewoners.

In ieder geval moet een besluit van een overkoepelende rechtspersoon (als die niet zelf een zorgaanbieder is) aan de cliëntenraad worden voorgelegd als het besluit ingrijpende gevolgen heeft voor de cliënten van de instellingen.

Naast zijn advies- en instemmingsbevoegdheden kan de cliëntenraad ook invloed uitoefenen op het bestuur en toezicht van de zorgaanbieder. In artikel 41 is geregeld dat cliëntenraden het recht hebben om voor één lid van het toezichthoudende orgaan een bindende voordracht te doen. Dit is in afwijking van de brief over governance in de zorgsector<sup>3</sup>, maar in overeenstemming met de Wmcz en de wens van de Tweede Kamer<sup>4</sup> en de wens van cliëntenorganisaties. Uiteraard geldt ook voor het door de cliëntenraad voorgedragen lid van het toezichthoudende orgaan dat deze zonder last of ruggespraak opereert, het toezichthoudende orgaan moet immers geheel onafhankelijk zijn werk kunnen doen. Daarnaast is geregeld dat de cliëntenraad de bevoegdheid heeft tot het indienen van een enquêteverzoek bij de ondernemingskamer van het gerechtshof in Amsterdam wegens wanbeleid van de instelling.

### *13.5 Financiering van cliëntenraden*

De Tweede Kamer heeft meerdere keren aangedrongen op een betere financiering van cliëntenraden in de zorg<sup>5</sup>. Wij hebben betrokken partijen, organisaties van zorgaanbieders en organisaties van cliënten en van cliëntenraden, verzocht ons hierover te adviseren<sup>6</sup>. Partijen hebben daarover en over andere onderwerpen met betrekking tot medezeggenschap overlegd onder leiding van de voorzitter van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden. Dit heeft geleid tot een gezamenlijk

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2008/09, 31 476, nr. 5.

<sup>2</sup> Gezamenlijk stimuleringsprogramma medezeggenschap cliënten: uitkomsten van overleg, Actiz, BTN, FO, GGZ Nederland, LOC, LSR, NFU, NVZ van 18 juni 2009.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2009/10, 32 012, nr. 1.

<sup>4</sup> Motie Willemse-van der Ploeg, Kamerstukken II, 2008/09, 31 476, nr. 4.

<sup>5</sup> Bron voor verzoeken leden Tweede Kamer en reacties bewindspersonen: motie Spoelman, Kamerstukken II 2001/02, 27 807, nr. 5; motie Arib, Kamerstukken II 2002/03, 28 600 XVI, nr. 52; Amendement Vietsch en Verbeet, Kamerstukken II 2005/06, 30 300XVI, nr. 36; motie van Miltenburg, Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 48; verslag Wetgevingsoverleg, Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 59; Brief van de staatssecretaris, Kamerstukken II 2005/06, 27 807, nr. 27; Verslag bij wijziging WMCZ, Kamerstukken II 2006/07, 30 946, nr. 5 p. 7; motie Willemse, Kamerstukken II 2007/08, 31 476, nr. 5.

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 476, nr. 7 (brief van 14 januari 2009).

voorstel van organisaties van zorgaanbieders en cliëntenraden, uitgezonderd de gehandicaptensector<sup>1</sup>. Ten aanzien van financiering volgen wij dit voorstel.

Cliëntenraden moeten zich onafhankelijk van het bestuur kunnen opstellen. Zij moeten daarnaast over voldoende financiële middelen beschikken om hun werk goed te kunnen doen. Conform het advies is in het wetsvoorstel opgenomen dat de zorgaanbieder de cliëntenraad alle middelen ter beschikking moet stellen die de cliëntenraad redelijkerwijze nodig heeft om zijn taak te kunnen uitvoeren. Dit sluit aan bij artikel 22 van de Wet op de ondernemingsraden (Wor). De eerder genoemde partijen hebben gezamenlijk een modelfinancieringsregeling opgesteld, die toetsbare normen geeft voor kosten die redelijkerwijze dienen te worden vergoed. Dit betreft onder meer de kosten van het gebruik van faciliteiten, een budget voor reguliere werkzaamheden, ambtelijke ondersteuning/coaching, scholingskosten, kosten lidmaatschap organisatie van cliëntenraden, kosten van het raadplegen van een deskundige en van het voeren van rechtsgedingen. Cliëntenraden zijn hierdoor voor hun financiën niet meer afhankelijk van wat de zorgaanbieder ter beschikking wil stellen. Het ligt in de rede dat cliëntenraden in een werkplan en begroting duidelijkheid geven over de te verwachten kosten. Als de begroting aan eerder genoemde toetsbare normen voldoet dan zal de zorgaanbieder de benodigde financiën ter beschikking moeten stellen. Geschillen over de toepassing van de modelregeling kunnen door de commissie van vertrouwenslieden worden beoordeeld, die hierover een bindende uitspraak kan doen. Dit waarborgt dat cliëntenraden over voldoende middelen beschikken om hun werk goed te kunnen doen.

Cliëntenraad en zorgaanbieder kunnen ook afspreken dat de cliëntenraad geen inzicht geeft in de begroting en de kosten, maar dat de zorgaanbieder een budget ter beschikking stelt dat de cliëntenraad naar eigen inzicht kan besteden. Zonder het aantonen van nut en noodzaak kan dit budget niet zonder meer worden opgehoofd.

We hebben er niet voor gekozen in het wetsvoorstel op te nemen dat het budget voor medezeggenschap wordt vastgesteld op basis van een percentage van de omzet van de instelling (of welke andere indicator dan ook). Onderzoek<sup>2</sup> heeft uitgewezen dat het ondoenlijk is te bepalen wat de juiste indicator en het juiste percentage is. De variatie in kosten van cliëntenraden is te groot. Wij willen ook geen aparte financieringsstroom voor medezeggenschap creëren. De bekostiging van zorg (op basis van dbc's of zorgzwaartepakketten) biedt de ruimte om overheadkosten te financieren. Net als de kosten van de ondernemingsraad, moeten ook de kosten van medezeggenschap hiervan worden betaald. De modelregeling voor de financiering van cliëntenraden biedt naar onze mening een voldoende garantie voor een onafhankelijke financiering van cliëntenraden.

## **14. Goed bestuur**

### *14.1 Bestaande regeling goed bestuur*

Zorginstellingen worden veelal geëxploiteerd door privaatrechtelijke rechtspersonen. Het BW stelt hiervoor de wettelijke regels. In aanvulling op deze privaatrechtelijke regels zijn in de Wtzi extra eisen aan het bestuur van zorginstellingen gesteld. Op grond van deze vereisten dienen zorginstellingen een toezichthoudend orgaan te hebben dat de dagelijkse leiding controleert en advies geeft. Iemand mag niet tegelijk in het toezichthoudende orgaan en de dagelijkse leiding zitten. Daarnaast is wettelijk voorgeschreven dat leden van het toezichthoudende orgaan geen directe belangen bij de zorginstelling mogen hebben. Is de

---

<sup>1</sup> Gezamenlijk stimuleringsprogramma medezeggenschap cliënten: uitkomsten van overleg, Actiz, BTN, FO, GGZ Nederland, LOC, LSR, NFU, NVZ van 18 juni 2009.

<sup>2</sup> KPMG Bureau voor Economische Argumentatie, Kosten cliëntenraden, 2003.

exploitant van de instelling een rechtspersoon, dan moet er in de statuten staan dat een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, een enquêteverzoek mag indienen bij de ondernemingskamer van het gerechtshof te Amsterdam.

#### 14.2 *Uitgangspunten wettelijke regeling goed bestuur*

Zoals aangekondigd in de brief «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie»<sup>1</sup>, worden de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het bestuur en het toezichthoudende orgaan uitgebreid en nader ingevuld in dit wetsvoorstel, opdat bestuur en toezichthouders hun verantwoordelijkheid beter kunnen waarmaken. De bepalingen inzake goed bestuur van de Wtzi komen te vervallen.

Het uitgangspunt van de nieuwe wettelijke regeling is dat de cliënt erop moet kunnen vertrouwen dat het bestuur en het toezichthoudende orgaan van zorgaanbieders het bewaken en bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van zorg als eerste prioriteit beschouwen en daar ook op aangesproken kunnen worden. Daarvoor is het noodzakelijk dat de verantwoordelijkheden van het bestuur en het toezichthoudende orgaan van de zorgaanbieder goed geregeld zijn. Kern van de nieuwe wet is dat het bestuur ervoor moet zorgen te beschikken over voldoende middelen om allen die binnen de organisatie van de zorgaanbieder zorg verlenen, aan te sturen op het gebied van de veiligheid en kwaliteit van zorg, en dat het toezichthoudende orgaan voldoende mogelijkheden heeft om het bestuur deugdelijk te controleren en toezicht te houden op de organisatie van de zorgaanbieder.

Wettelijke bepalingen bieden niet de garantie dat bestuur en interne toezichthouders zich meer verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van de zorg, maar creëren wel de randvoorwaarden daarvoor en dragen er toe bij dat er een cultuurverandering komt bij bestuurders en toezichthouders.

#### 14.3 *Zorgbrede Governancecode*

In 2005 hebben de Brancheorganisaties zorg (BoZ), te weten NVZ, NFU, GGZ Nederland, VGN, Arcares en Z-org (inmiddels samengegaan in ActiZ) een Zorgbrede Governancecode vastgelegd. Daarin staan algemene opvattingen over goed bestuur, toezicht en verantwoording van zorgorganisaties. Deze Zorgbrede Governancecode werd met ingang van 2006 van kracht. De leden van de deelnemende brancheorganisaties moeten de code in beginsel naleven. Naleven betekent toepassen van de codebepalingen en, bij afwijking aangeven waarom en op welke punten de betrokken zorgorganisatie afwijkt (het «pas toe of leg-uitbeginsel») en wat zij eventueel in plaats daarvan doet. In januari 2009 is de code geëvalueerd<sup>2</sup>. 78% van de zorgorganisaties waarvan de jaardocumenten zijn geanalyseerd, geven aan dat zij de code naleven<sup>3</sup>. Daarmee is zeker een behoorlijke stap gezet. De brancheorganisaties vonden een verdere verbetering van de code en van de naleving daarvan noodzakelijk en werken daaraan. Per 1 januari 2010 is een nieuwe code in werking getreden.

Wij ondersteunen dit initiatief van harte, maar menen dat deze zelfregulering in de huidige context onvoldoende is om de problemen op te lossen omdat:

- de Zorgbrede Governancecode 2010 over een aantal onderwerpen geen regels stelt (bijvoorbeeld over de relatie tussen bestuur en zorgprofessional en de rol van de stakeholders);
- de Zorgbrede Governancecode 2010 niet juridisch afdwingbaar is;
- het «pas toe of leg-uitbeginsel» ervoor zorgt dat zorginstellingen van de bepalingen kunnen afwijken (indien zij daarvoor een goede reden hebben);

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2007/08, 31 476 nr. 1.

<sup>2</sup> Governance support, Code en praktijk in continue ontwikkeling, Evaluatie van de Zorgbrede Governancecode, 2009.

<sup>3</sup> De onderzoekers merken hierbij op dat de eigen beoordeling van het naleven van de code zeker in enkele situaties positiever is dan de werkelijkheid (pag. 54).



- niet alle zorgaanbieders aangesloten zijn bij de Zorgbrede Governancecode 2010.

Een aantal eisen achten wij zodanig belangrijk dat wij dwingend recht noodzakelijk achten. Dit betekent geenszins dat de Zorgbrede Governancecode 2010 en ook andere initiatieven van zelfregulering overbodig zijn geworden. Integendeel, zelfregulering is essentieel om tot een goede governancestructuur bij zorgaanbieders te komen. De Zorgbrede Governancecode 2010 is voor ons de code bij uitstek voor goed bestuur in de zorg. Daarom zal in het jaardocument maatschappelijke verantwoording verslag gedaan moeten worden over de naleving van die code. Wet en zelfregulering zijn als complementair te beschouwen. In wetgeving nemen we essentiële vereisten op, waarvan niet mag worden afgeweken en waarop extern toezicht wordt gehouden. De initiatieven van de veldpartijen zijn voor een aantal onderwerpen juist het geijkte middel om tot oplossingen te komen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan werving en taakverdeling van bestuurders en leden van het toezichthoudende orgaan. Ook de wijze waarop de informatieverschaffing door het bestuur aan het toezichthoudende orgaan is geregeld, wordt aan het veld overgelaten.

#### *14.4. Verbreding verantwoordelijkheden van het bestuur*

Het bestuur vertegenwoordigt de zorgaanbieder in en buiten rechte en is primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Wij willen het belang van kwaliteit van zorg als een apart onderwerp van het bestuur benadrukken. Om die reden is in dit wetsvoorstel bepaald dat één van de bestuursleden expliciet als portefeuillehouder voor kwaliteit moet zijn aangewezen, zoals dat nu gebruikelijk is voor de portefeuille financiën. Hiermee hebben zorgverzekeraars, cliënten en IGZ een duidelijk aanspreekpunt binnen het bestuur. Overigens betekent deze verantwoordelijkheidsverdeling niet dat de andere bestuurders niet langer verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg.

Het bestuur van een zorginstelling is te allen tijde (eind)verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg die door of binnen het kader van de instelling wordt verleend. Het bestuur moet dan ook over voldoende middelen beschikken om hierop te kunnen sturen. Dit houdt in dat het bestuur zorgprofessionals moet kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van de door hen verleende zorg. In het verlengde hiervan moet de zorgaanbieder ervoor zorgen dat zorgprofessional aan het bestuur verantwoording aflegt op het gebied van veiligheid en kwaliteit. Om die verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder tot uitdrukking te brengen, rusten alle wettelijke verplichtingen in het wetsvoorstel op de zorgaanbieder – en daarmee op het bestuur – en niet op de zorgprofessional die de zorg daadwerkelijk verleent. In lijn hiermee is de verplichting geformuleerd dat de zorgaanbieder zijn bedrijfsvoering zodanig moet hebben ingericht, dat hij ook in staat is deze verantwoordelijkheid waar te maken. In brieven van 9 en 24 juli 2009 zijn wij nader ingegaan op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen bestuur en professionals<sup>1</sup>. Bestaande toelatingsovereenkomsten voor medisch-specialisten geven bestuurders nu meestal onvoldoende invloed op de kwaliteit en veiligheid. Voor zover de bevoegdheidsverdeling nog niet in lijn met het wetsvoorstel is vastgelegd, zullen deze overeenkomsten moeten worden aangepast.

#### *14.5. Versterking positie en professionalisering van het toezichthoudende orgaan*

Bij de nieuwe rol van zorgaanbieders hoort een goed en professioneel toezichthoudend orgaan. Een goede controle op het bestuur komt de kwaliteit van het bestuur en daarmee kwaliteit en veiligheid van de door

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 32 012 nr. 1, brief van 9 juli 2009 en 31 700 XVI, nr. 173, brief van 24 juli 2009.

de zorgaanbieder verleende zorg ten goede. Eventuele misstanden binnen de organisatie van de zorgaanbieder kunnen in een vroeg stadium door het toezichthoudende orgaan worden gesignaleerd. Uit onderzoek is gebleken dat de aandacht van toezichthoudende organen vooral gericht is op de financiële toestand en het strategisch beleid van zorginstellingen<sup>1</sup>. Wij willen de toezichthoudende organen dan ook professionaliseren en hun positie versterken. Dit willen wij bereiken door het toezichthoudende orgaan meer en betere wettelijke bevoegdheden te geven om het bestuur goed te controleren. In het wetsvoorstel is dan ook voorgeschreven dat het toezichthoudende orgaan beslissingen omtrent benoeming en ontslag van bestuurders moet kunnen nemen en bevoegd moet zijn tot het goedkeuren van een aantal belangrijke bestuursbesluiten zoals die met betrekking tot fusies. Het toezichthoudende orgaan kan zonodig extern informatie en advies inwinnen ter ondersteuning van zijn toezichthoudende taak.

Het toezichthoudende orgaan moet tot taak hebben om toezicht te houden op het bestuur van de zorgaanbieder. Dat betekent dat het toezichthoudende orgaan zich kritisch en onafhankelijk moet opstellen en ook moet ingrijpen indien het bestuur ondeugdelijke beslissingen neemt. De leden van toezichthoudende orgaan dienen onafhankelijk te zijn, dat wil zeggen dat zij zonder last of ruggespraak kunnen functioneren. Hieruit volgt dat leden van het toezichthoudende orgaan niet tevens deel uit kunnen maken van het bestuur van de zorgaanbieder. Onafhankelijkheid vereist uitsluiting van (de schijn van) belangenverstrengeling. In een amvb zullen nadere eisen worden gesteld aan de leden van het toezichthoudende orgaan, met het oog op hun onafhankelijkheid. We denken daarbij aan het uitsluiten van omstandigheden die de onafhankelijkheid van leden van het toezichthoudende orgaan in gevaar kunnen brengen. De omstandigheden die in de Corporate Governancecode worden genoemd, zullen we bij het voorbereiden van de amvb in beschouwing nemen. Leden van het toezichthoudende orgaan kunnen uitsluitend natuurlijke personen zijn. Het recht voor de cliëntenraad om een bindende voordracht te doen voor een lid van het toezichthoudende orgaan, is gehandhaafd. Ook voor het op deze wijze voorgedragen lid van het toezichthoudende orgaan geldt dat hij zonder last of ruggespraak moet handelen. Wij vinden voorts dat het functioneren van het toezichthoudende orgaan toetsbaar moet worden gemaakt, zoals dat ook het geval is met het functioneren van het bestuur. Met dit wetsvoorstel verklaren wij daarom artikel 2:9 BW van overeenkomstige toepassing op leden van het toezichthoudende orgaan.

#### *14.6 Enquêterecht voor cliëntenraden*

Nu is in de Wtzi bepaald dat in de statuten van een zorginstelling een orgaan dat cliënten vertegenwoordigt, wordt aangewezen dat een enquêteverzoek kan indienen bij de ondernemingskamer van het gerechtshof Amsterdam in geval van wanbeleid. Het enquêterecht maakt het mogelijk om gedragingen van het bestuur en het toezichthoudende orgaan door de ondernemingskamer te laten onderzoeken en oplossingen te vinden voor patstellingen. In de praktijk is niet altijd duidelijk welk orgaan bevoegd is om een enquêteverzoek in te dienen. Daarnaast wijst de praktijk uit dat sommige aanbieders in de statuten drempels opwerpen in de vorm van zodanige cumulatieve voorwaarden, dat het indienen van een enquêteverzoek nagenoeg onbereikbaar is voor cliënten. In dit wetsvoorstel is bepaald dat de cliëntenraden op basis van de wet het recht van enquête hebben, ongeacht de rechtsvorm van de aanbieder. In de statuten kunnen dan geen beperkingen van dat enquêterecht worden opgenomen<sup>2</sup>. Zo is duidelijk dat in ieder geval de cliëntenraad van de eigen instelling bevoegd is om een enquêteverzoek in te dienen. De cliëntenraad zal tevens beter worden geëquipeerd om van zijn bevoegdheden gebruik te maken. De cliëntenraad is niet afhankelijk van de

---

<sup>1</sup> P. Meurs en T. Schraven, Naar stimulerend en slim toezicht, 2006. Onderzoeksraad voor de Veiligheid, Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud. RVZ, Governance en kwaliteit van zorg, 2009.  
<sup>2</sup> In bijlage 2 bij de voortgangsbrief Kwaliteit van zorg, Kamerstukken II 2008/09, 31 765, nr. 4, d.d. 24 juni 2009 is een aanpassing van de regelgeving op dit punt aangekondigd.

medewerking van de aanbieder om rechtsgeldig een enquêteverzoek in te kunnen dienen. Cliëntenraden hebben op basis van deze wet recht op voldoende budget ten laste van de zorgaanbieder. Het budget stelt de cliëntenraad in elk geval in staat om zich te laten bijstaan door een advocaat.

## **15. Maatschappelijke verantwoording**

### *15.1 Afleggen van maatschappelijke verantwoording*

De laatste jaren is er veel aandacht voor de effecten van activiteiten van ondernemingen op de samenleving, zo ook in de zorg. Het afleggen van verantwoording door ondernemingen over deze effecten wordt ook wel maatschappelijke verantwoording genoemd. Dit houdt in dat ondernemingen laten zien waar ze voor staan, welke resultaten ze hebben bereikt en hoe ze deze resultaten hebben bereikt.

Meer dan in het bedrijfsleven bepaalt in de zorg het oordeel van de bij de zorgaanbieder betrokkenen de legitimiteit van de zorginstelling. Het openbaar afleggen van verantwoording is daar een maatschappelijke plicht: de maatschappij in het algemeen (met het oog op de volksgezondheid) en de betrokkenen (stakeholders) in het bijzonder hebben recht op inzicht in de prestaties van de instelling en de besteding van de via premies opgebrachte financiële middelen. Betrokkenen kunnen zich door die openbare verantwoording een goed beeld vormen van de zorg- en dienstverlening (vertaald naar uitkomsten en effecten voor cliënten, medewerkers en samenleving), economische aspecten (waaronder de individuele inkomens van bestuurders en toezichhouders), milieuaspecten en sociale aspecten van de zorgaanbieder. Betrokkenen zijn in de eerste plaats cliënten, al dan niet vertegenwoordigd door cliëntenraden of cliëntenorganisaties. Daarnaast gaat het om subsidieverstrekkers en financiers (onder meer zorgverzekeraars en zorgkantoren), overheden (bijvoorbeeld de Minister van VWS, de IGZ en de NZa, maar ook gemeentelijke overheden), brancheorganisaties en maatschappelijke organisaties.

Het belang van maatschappelijke verantwoording door zorgaanbieders neemt alleen maar toe. De zorgaanbieder moet zich realiseren dat hij een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft. Hij moet goede zorg leveren aan zijn cliënten en transparant zijn over wat hij doet.

### *15.2 Bundeling van wettelijke verantwoordingsverplichtingen*

Op dit moment hebben zorginstellingen op grond van verschillende wetten verantwoordingsverplichtingen, onder andere op grond van de Wtzi, de Kwaliteitswet, de Wkcz, de Wmcz, het BW, de Wmg en de Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt). Verder hebben instellingen de wettelijke plicht gegevens aan te leveren aan het Centraal Bureau voor de Statistiek. Met dit wetsvoorstel worden de verantwoordingsverplichtingen die nu in de wetten staan die in deze wet opgaan, zo veel mogelijk geharmoniseerd en gebundeld in één wetsartikel.

In de reikwijdte van de verslagverplichtingen worden daardoor met dit wetsvoorstel enige wijzigingen aangebracht ten opzichte van de huidige wetten. Enerzijds vinden enige uitbreidingen plaats:

- private zorginstellingen, zowel in de curatieve als in de verzorgende sfeer, dienen verslag te doen over de onderwerpen die voor hen van toepassing zijn (zij moesten al verslag doen over kwaliteit);
- solistisch werkende zorgaanbieders moeten verslag doen over de kwaliteit van hun zorg en het kwaliteitsbeleid.

Met deze uitbreidingen is rekening gehouden in de berekening van de administratieve lasten van dit wetsvoorstel. Deze uitbreiding is noodzakelijk gelet op de informatie die nodig is voor verschillende partijen om

hun rol in het stelsel te kunnen vervullen, de toezichthoudende taak van de IGZ op de kwaliteit van zorg en eerlijke concurrentie tussen verschillende zorgaanbieders binnen een sector.

Anderzijds zijn, met het oog op vermindering van de administratieve lasten, ook beperkingen aangebracht in de reikwijdte:

- zorgaanbieders die solistisch werken of zorg doen verlenen door tien personen of minder, hoeven op grond van dit wetsvoorstel geen verslag meer in te dienen over goed bestuur, medezeggenschap en klachten.

Uiteraard blijven andere wettelijke verplichtingen, zoals die op grond van het BW, de Wopt en de CBS-wet wel van toepassing.

Op dit moment zijn de verslagverplichtingen voor verschillende categorieën van zorgaanbieders niet gelijk. In de Regeling verslaggeving WTZi zijn verschillende categorieën van zorgaanbieders uitgezonderd van bepaalde verantwoordingsverplichtingen. Dit verandert niet met dit wetsvoorstel. Het is wel mogelijk dat het, gelet op de maatschappelijke functie van deze zorgaanbieders, gewenst geacht de uitzonderingen op te heffen. Bij amvb worden de categorieën aangewezen voor wie deze verplichtingen gelden, zodat bij een eventuele uitbreiding van de categorieën nadrukkelijk een afweging kan plaatsvinden tussen maatschappelijke baten enerzijds en de toename van administratieve lasten anderzijds.

Inmiddels is een aantal jaren ervaring opgedaan met de stroomlijning van verantwoordings- en informatieverplichtingen van bepaalde categorieën van zorginstellingen via het jaardocument. De voordelen van deze stroomlijning blijken groot: de instellingen kunnen een integraal beeld geven van het reilen en zeilen van hun organisatie; de onderlinge vergelijkbaarheid van de informatie neemt toe; de overheid en de maatschappelijke omgeving beschikken over dezelfde informatie en de administratieve belasting neemt af omdat informatie maar één keer gevraagd en geleverd hoeft te worden. Met dit wetsvoorstel wordt de stroomlijning van de verantwoordings- en informatieverplichtingen van zorginstellingen, zoals die in het jaardocument in de praktijk is verwerkt, in de wet verankerd. Bij inwerkingtreding van deze wet zullen voor alle categorieën van zorgaanbieders modeldocumenten zijn ontwikkeld voor de verantwoordings- en informatieverplichtingen voor de zorgaanbieder. Hierin worden zo veel mogelijk deze verplichtingen en die op grond van andere wetgeving, zoals het BW, de Wopt en de CBS-wet, gebundeld.

## **16. Beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg**

De zorg moet voor de cliënt goed bereikbaar en ook in voldoende mate beschikbaar zijn. De beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg is als het ware een randvoorwaarde voor de cliënt die zijn recht op goede zorg wil realiseren. Zorg dicht bij huis is echter niet het enige dat telt. In de brief over bereikbaarheid en kwaliteit<sup>1</sup> is aangegeven dat de minister – met het oog op de gewenste kwaliteit van zorg – ervoor kan kiezen in een bepaalde regio de eisen ten aanzien van kwaliteit te laten prevaleren boven de bereikbaarheid.

Voor de electieve zorg is in beginsel sprake van een adequate regeling voor de beschikbaarheid van zorg (zie paragraaf 2.4).

Voor bepaalde situaties is het risico dat spoedeisende zorg (de beschikbaarheid van crisisopvang en de bereikbaarheid van acute zorg) niet toegankelijk is, niet aanvaardbaar.

In de beleidsregels Wtzi staan reeds eisen voor de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de spoedeisende zorg. Onder spoedeisende zorg

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2007/08, 29 247, nr. 75.

worden verstaan de acute zorg, de opgeschaalde hulpverlening bij rampen en voorts de geestelijke gezondheidszorg en de verplegings-, ouderen- en gehandicaptenzorg in crisissituaties.

Daarom voorziet het wetsvoorstel in een verplichting voor door de minister aan te wijzen zorgaanbieders ervoor te zorgen dat er afspraken zijn die de beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende zorg garanderen. Daarmee wordt geen afdwingbaar recht voor de cliënt op bereikbare zorg jegens een zorgaanbieder gerealiseerd, maar wordt wel gewaarborgd dat de zorgaanbieders de nodige maatregelen treffen. De IGZ is, en blijft ook in de nieuwe situatie, belast met het toezicht op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende zorg. De IGZ kan de zorgaanbieder een aanwijzing geven als de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de spoedeisende zorg in gevaar komt en indien nodig een bevel voor zeven dagen. De minister kan eventueel het bevel verlengen. Ook kan de IGZ bestuursdwang uitoefenen of een last onder dwangsom opleggen.

Bij de acute zorg gaat het veelal om zorgverlening in levensbedreigende situaties of situaties waarin patiënten onherstelbare schade oplopen. Volgens de huidige normen moet spoedeisende hulp in ziekenhuizen zeven dagen per week en 24 uur per dag binnen 45 minuten beschikbaar zijn (in een spoedgeval per ambulance)<sup>1</sup>. De norm voor de beschikbaarheid van acute zorg wordt in lagere regelgeving op grond van dit wetsvoorstel opgenomen. Veldnormen voor acute huisartsenzorg en voor verloskundige zorg (inclusief de telefonische bereikbaarheid), voor geestelijke gezondheidszorg en verplegings-, ouderen- en gehandicaptenzorg in crisissituaties en opgeschaalde hulpverlening bij rampen moeten nog ontwikkeld worden. Mochten veldnormen uitblijven, dan is de minister bevoegd zelf normen te stellen.

### DEEL III OVERIGE ASPECTEN

#### 17. Relatie met andere wetten

##### *17.1 Relatie met de Wet bescherming persoonsgegevens*

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) is de implementatie van de richtlijn 95/46/EG van het Europees Parlement en de Raad van 24 oktober 1995 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Vooraf verdient opmerking dat het wetsvoorstel en de Wbp elkaar wederzijds aanvullen. In de Wbp zijn algemene regels gesteld met betrekking tot de voorwaarden waaronder (bijzondere) persoonsgegevens mogen worden verwerkt. Hieronder wordt verstaan: elke handeling of elk geheel van handelingen met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van terbeschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen, alsmede het afschermen, uitwissen of vernietigen van gegevens.

Iedere verwerking moet kunnen worden gebaseerd op één van de zes in artikel 8 van de Wbp limitatief genoemde gronden. De betrokkene moet voor de verwerking zijn ondubbelzinnige toestemming hebben verleend of de verwerking moet noodzakelijk zijn:

- voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij hij partij is;
- om een wettelijke verplichting van de verantwoordelijke na te komen;
- ter vrijwaring van een vitaal belang van de betrokkene;
- voor de goede vervulling van een publiekrechtelijke taak door het desbetreffende bestuursorgaan dan wel het bestuursorgaan waaraan de gegevens worden verstrekt, of

<sup>1</sup> Rekening houdend met de huidige situatie waarin dit in 99,6% van de gevallen mogelijk is. Bron: Analyse gevoelige ziekenhuizen RIVM, 2008.

- voor de behartiging van het gerechtvaardigde belang van de verantwoordelijke of van een derde aan wie de gegevens worden verstrekt, tenzij het belang of de fundamentele rechten en vrijheden van de betrokkene, in het bijzonder het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, prevaleert.

Daarnaast geldt dat op grond van artikel 16 van de Wbp de verwerking van bijzondere persoonsgegevens, waaronder begrepen gegevens betreffende de gezondheid, is verboden, behoudens het bepaalde in paragraaf 2 van hoofdstuk 2 van de Wbp. In het eerste lid van artikel 21 is, onder a, bepaald dat het verbod om gegevens betreffende de gezondheid te verwerken niet van toepassing is indien de verwerking geschiedt door hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening voor zover dat met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene, dan wel het beheer van de desbetreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. Op grond van artikel 21, tweede lid, van de Wbp vindt de verwerking uitsluitend plaats indien de verwerking geschiedt door personen die uit hoofde van ambt, beroep of overeenkomst tot geheimhouding zijn verplicht. Overigens is – voor zover hier van belang – het verbod op verwerking van gegevens betreffende de gezondheid ook niet van toepassing, indien de gegevensverwerking geschiedt met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene of indien deze de gegevens zelf duidelijk openbaar heeft gemaakt. Dit volgt uit resp. artikel 23, eerste lid, onder a en b, van de Wbp.

Voor het overgrote deel van de verwerkingen van gegevens betreffende de gezondheid die worden beheerst door dit wetsvoorstel, geldt dat zij kunnen worden gebaseerd op evengenoemde bepalingen van de Wbp.

In een enkel geval zijn ten opzichte van de Wbp aanvullende verplichtingen in dit wetsvoorstel opgenomen. Zo geeft de regeling inzake de bewaartermijn van het dossier (artikel 20) enige aanvullingen ten opzichte van de Wbp. Voorts wordt voor de inzage in het dossier een leeftijdsgrens gehanteerd die afwijkt van die van artikel 5 van de Wbp. De in de Wbp gestelde leeftijd van zestien jaar wordt in het voorstel op twaalf jaren bepaald. In de artikelsgewijze toelichting wordt daar in extenso op ingegaan. Beoordeeld is of de voorgestelde leeftijdsgrens in overeenstemming is met evenbedoelde richtlijn 95/46, hetgeen het geval blijkt te zijn. De richtlijn bevat geen specifieke regels die lidstaten in acht moeten nemen bij de binding aan een bepaalde leeftijd van rechten en verplichtingen die uit de richtlijn voortvloeien. Wel geeft artikel 5 van de richtlijn de lidstaten enige beperkte vrijheid bij de uitwerking van de voorwaarden voor een rechtmatige verwerking van persoonsgegevens. In artikel 5 van de Wbp is gekozen voor de leeftijd van zestien jaar. De in dit wetsvoorstel voorgestelde bepaling kan worden aangemerkt als een specifieke uitbreiding van de rechten van betrokkenen, in hun hoedanigheid van cliënt in de zin van dit wetsvoorstel.

Op 19 maart 2009 is het CBP gevraagd advies uit te brengen over onderhavig wetsvoorstel, waarbij is aangegeven dat het wetsvoorstel op dat tijdstip op onderdelen nog verder zou worden aangevuld en vervolmaakt. Op 13 mei 2009 bracht het CBP zijn advies uit.<sup>1</sup> Het College gaf daarbij aan het gepast te achten dat het wetsvoorstel opnieuw ter advisering aan hem wordt voorgelegd indien op punten die raken aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten gevolge van het overleg binnen het kabinet nog sprake zou zijn van koerswijzigingen.

Het CBP is van oordeel dat de toelichting bij het wetsvoorstel, zoals dat is voorgelegd, op tal van plaatsen beperkt of gebrekkig is. Aan de aanbeveling van het College om in de toelichting een aparte paragraaf op te

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

nemen inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer is met bovenstaande tekst gevolg gegeven.

Het College maakt opmerkingen bij het inzagerecht voor nabestaanden. Aan de opmerkingen van het College is gevolg gegeven.

Vervolgens plaatst het College opmerkingen bij de bepaling inzake de bewaartermijn van dossiergegevens. In het wetsvoorstel is inmiddels de eerder voorgenomen verlenging van de bewaartermijn tot dertig jaar, mede vanwege de daaraan verbonden lasten, beperkt tot twintig jaar. De toelichting op de betreffende bepaling is naar aanleiding van het advies van het College uitgebreid.

Met betrekking tot a-typische situaties waarin deze wet in het voorgelegde wetsvoorstel van overeenkomstige toepassing werd verklaard voor zover de grond voor het verlenen van de zorg zich daartegen niet verzet, is inmiddels eveneens een aangepaste koers gekozen. Artikel 1, zevende lid, is verduidelijkt. Bovendien zijn enige bepalingen opgenomen, waarmee in de desbetreffende sectorwetgeving, zoals de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen en de Arbeidsomstandighedenwet is vastgelegd welke bepalingen van deze wet in die gevallen niet gelden. Het College noemt de wijze waarop in artikel 4 van het voorgelegde wetsvoorstel en de toelichting is ingegaan op de dossierplicht van de zorgaanbieder ten aanzien van minderjarigen, verwarrend. De toelichting is op dit punt verhelderd. Tot slot gaat het College in op de verhouding tot de regeling van het EPD. In de toelichting is intussen een aparte paragraaf aan deze wet gewijd.

#### *17.2 Relatie met het wetsvoorstel maatschappelijke onderneming*

Het voorstel voor de Wet maatschappelijke onderneming<sup>1</sup> voorziet in een structuur waarin bestuur, intern toezicht en belanghebbenden zich op evenwichtige wijze tot elkaar verhouden. De Wet maatschappelijke onderneming maakt het mogelijk om een maatschappelijke onderneming op te richten, als specifieke rechtsvorm van een stichting of vereniging. Daarbij kan de maatschappelijke onderneming privaat kapitaal aantrekken door middel van de uitgifte van winstbewijzen. Zorgaanbieders kunnen desgewenst kiezen voor de rechtsvorm van de maatschappelijke onderneming.

Met dit wetsvoorstel scherpen wij de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van besturen en interne toezichthouders over de volle breedte van de zorgsector aan. Dat betekent dat zorgaanbieders die een maatschappelijke onderneming zijn, ook vallen onder dit wetsvoorstel. Met betrekking tot medezeggenschap geldt dat de cliëntenraad eventueel onderdeel kan uitmaken van de belanghebbendenvertegenwoordiging. De sectorspecifieke bevoegdheden zoals die worden geregeld in dit wetsvoorstel, blijven voorbehouden aan de cliëntenraad.

Voor het enquêterecht en het recht van de cliëntenraad om de ondernemingskamer van het gerechtshof te Amsterdam te verzoeken een lid van het toezichthoudende orgaan te ontslaan, geldt dat deze bevoegdheden ook berusten bij de belanghebbendenvertegenwoordiging. Het ligt voor de hand dat als zowel de belanghebbendenvertegenwoordiging als de cliëntenraad overweegt een verzoek in te dienen, deze verzoeken gebundeld worden.

#### *17.3 Relatie met wetgeving voor het leveren van onvrijwillige zorg*

##### *17.3.1 Algemeen*

Een belangrijk uitgangspunt in de rechtspositie van de cliënt in de zorg is, dat zorg pas geleverd mag worden nadat de cliënt op basis van adequate informatie daarvoor toestemming heeft gegeven.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 32 003.

De rechtspositie van mensen die geen toestemming kunnen geven voor de benodigde zorg, moet, zeker als hun vrijheid daarbij wordt beperkt of ontnomen, op een andere wijze geborgd worden. Deze rechtspositie is en wordt geregeld in eigenstandige wetgeving, bedoeld om ernstig nadeel of gevaar voor cliënt of samenleving af te wenden. Dit betreft:

- de Wet bopz;
- het vervangende wetsvoorstel: Wet verplichte ggz;
- het wetsvoorstel zorg en dwang.

Voor cliënten op wie deze wetten van toepassing (zullen) zijn, gelden de rechten uit dit wetsvoorstel, behalve voor zover die in die andere wetten uitdrukkelijk buiten toepassing zijn verklaard. Daarnaast geldt hetgeen in die andere wetten is bepaald.

De rechtspositie van de cliënt die onvrijwillige zorg ontvangt, wordt op dit moment in verschillende trajecten gewijzigd, met als doel deze positie te verhelderen en te versterken en duidelijke kaders te bieden voor gedwongen opname en onvrijwillige zorg. De accommodatie waarin de zorg geleverd wordt, staat niet meer centraal, maar de cliënt die deze zorg ontvangt. Bij de verschillende wetsvoorstellen is hierna aangegeven hoe zo veel mogelijk voorkomen wordt dat er ten aanzien van toestemming voor zorg en behandeling voor één cliënt verschillende bepalingen tegelijk gelden.

In het voorliggende wetsvoorstel zijn tevens regels opgenomen om de rechtspositie te borgen voor een aantal situaties waarin de genoemde wetten niet van toepassing zijn, maar het voor de cliënt toch niet mogelijk is om toestemming te geven, zoals bij minderjarigheid, wilsonbewaamheid of als de cliënt niet bij bewustzijn is.

### *17.3.2 Relatie met de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*

De Wet bopz is ten opzichte van dit wetsvoorstel aan te merken als een lex specialis en geldt voor alle psychiatrische patiënten. De algemene bepalingen inzake cliëntenrechten van dit wetsvoorstel zijn in beginsel van toepassing op alle zorgverlening, tenzij de Wet bopz uitdrukkelijke uitzonderingen daarop of afwijkingen daarvan bevat. Van belang is dat de Wet bopz alleen gaat over gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten. De rechtspositie van vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten (de Wet bopz spreekt over patiënten) is gelijk aan die van niet-psychiatrische patiënten en wordt bepaald door de algemene wettelijke regelingen inzake de rechtspositie van de cliënt. Bij gedwongen opname verandert de rechtspositie van de patiënt ingrijpend; op fundamentele rechten van de patiënt wordt dan inbreuk gemaakt. Voor een dergelijke, ingrijpende maatregel door de overheid eist artikel 15 van de Grondwet een wettelijke basis. Die is neergelegd in de Wet bopz (maar gedwongen opname is ook mogelijk op basis van een uitspraak van een strafrechter; artikel 51 Wet bopz). Dit betekent dat, als de Wet bopz specifieke bepalingen geeft, zoals die inzake instemming of dossierinzage, die afwijken van het onderhavige wetsvoorstel, die specifieke artikelen voorrang hebben boven de cliëntenrechten in dit wetsvoorstel. De Wet bopz is alleen van toepassing op (dwang)behandelingen ter genezing of wegneming van de stoornis waardoor de patiënt gevaar veroorzaakt. Dit betekent dat wanneer geen gevaar wordt veroorzaakt, de benodigde somatische zorg als gevolg van deze stoornis niet gedwongen kan worden toegepast in het kader van de Wet bopz.



### *17.3.3 Relatie met het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg*

In de Wet verplichte ggz worden regels opgenomen voor het kunnen verlenen van zorg aan een persoon met een psychische stoornis zonder diens instemming. Met het wetsvoorstel wordt uitvoering gegeven aan het kabinetsstandpunt over het eindrapport van de derde evaluatiecommissie van de Wet bopz<sup>1</sup>.

Met het wetsvoorstel verplichte ggz wordt de (locatiegebonden) Wet bopz vervangen door een nieuwe wettelijke regeling waarin de persoon met een psychische stoornis centraal staat. Daartoe wordt in overeenstemming met de aanbeveling van de derde evaluatiecommissie een multidisciplinair samengestelde commissie geïntroduceerd die de rechter zal adviseren over vormen van onvrijwillige zorg (variërend van verzorging, begeleiding, behandeling, waaronder opnemings- of begeleiding). De gedwongen opnemings- of begeleiding zal daarin, anders dan in de Wet bopz, één van de interventies zijn in de zorgketen. Ook zal het complexe machtigingensysteem van de Wet bopz – die wet kent zeven typen machtigingen die elk gekenmerkt worden door ingewikkelde procedures – worden vervangen door één enkele rechterlijke machtiging (zorgmachtiging). Op deze wijze wordt het mogelijk om de vaak complexe problematiek vanuit meerledig perspectief te bekijken en passende zorg «op maat» vast te stellen die, meer dan nu, op de persoon zal zijn gericht.

Met de in het wetsvoorstel verplichte ggz verankerde werkwijze waarin het horen van betrokkene en diens omgeving een belangrijk element vormt – ook door de betrokken hulpverleners in de te onderscheiden fasen van de (onvrijwillige) zorgverlening –, wordt een bijdrage geleverd aan het terugdringen van dwang, en daarmee aan een verbetering van de kwaliteit van zorg.

Voor een cliënt met een psychische stoornis die een aanzienlijk risico vormt voor zichzelf of anderen, maar die zorg ontvangt die niet gerelateerd is aan de stoornis, gelden de algemene kwaliteitseisen van het onderhavige wetsvoorstel onverminderd, ongeacht of het wetsvoorstel verplichte ggz toepassing vindt of niet. Dit betekent dat de behandeling van een cliënt waarbij enkel herstel van de fysieke gezondheid wordt beoogd, zal plaatsvinden op basis van de bepalingen van dit wetsvoorstel. Gedwongen zorg in het kader van de wet verplichte ggz kan, anders dan voorheen het geval was, wel voorzien in behandeling voor somatische aandoeningen, mits er samenhang is met de zorg en dwang voor de psychische stoornis. De bepalingen uit dit wetsvoorstel met betrekking tot instemming, vertegenwoordiging en het niet verlenen van zorg bij verzet zijn niet van toepassing voor de gedwongen zorg die in het kader van de wet verplichte ggz geleverd wordt.

Voor de zorg in de zin van de wet verplichte ggz, gelden extra waarborgen ten opzichte van dit wetsvoorstel. Cliënten hebben het recht op een onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon, welke functie nauwkeurig is omschreven. Daarnaast gelden er extra eisen aan de klachtenprocedure, zoals de mogelijkheid van hoger beroep bij de rechter.

### *17.3.4 Relatie met het voorstel voor een Wet zorg en dwang psychiatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten*

De Wet zorg en dwang heeft betrekking op het verlenen van zorg aan mensen met een psychogeriatrische aandoening (vaak dementie) of een verstandelijke beperking. Het betreft cliënten die aangewezen zijn op zorg als omschreven bij of krachtens de AWBZ. Ten behoeve van zorgverlening

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2007/08, 25 763, nr. 9.

kan volgens de Wet zorg en dwang in bepaalde gevallen ook onvrijwillige zorg worden verleend. Ook de Wet zorg en dwang is ten opzichte van deze wet een *lex specialis*. De algemene bepalingen van deze wet zijn van toepassing op cliënten die ook onder zorg en dwang vallen, tenzij de specifieke wet daarvoor afwijkende bepalingen bevat. Zo sluit de Wet zorg en dwang de bepalingen in dit wetsvoorstel met betrekking tot het verlenen van toestemming voor de zorg uit. Dit geldt voor *alle* zorg, dus ook zorg die geen betrekking heeft op de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. In plaats daarvan gelden procedurele vereisten om onvrijwillige zorg waar de cliënt zich tegen verzet, te kunnen toepassen, ongeacht waar de cliënt verblijft. Met betrekking tot vertegenwoordiging, en wie op welk moment namens de cliënt kan optreden, zijn de bepalingen uit de Wet zorg en dwang en dit wetsvoorstel zoveel mogelijk geharmoniseerd. Zo moet ook op grond van deze wet de beslissing of de cliënt in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van een beslissing terzake, in het dossier worden opgenomen. De kring met mogelijke vertegenwoordigers van de cliënt is evenwel in het voorstel voor de Wet zorg en dwang groter omdat het belangrijk is dat vertegenwoordigers betrokken worden en met name in de ouderenzorg vaker een beroep wordt gedaan op schoonfamilie of kleinkinderen. Er gelden bij de toepassing van onvrijwillige zorg in het kader van de Wet zorg en dwang – naast de eerder genoemde procedurele vereisten om onvrijwillige zorg te kunnen toepassen – extra waarborgen voor de rechtspositie van de cliënt: de instelling waar de cliënt verblijft, dient een zorgverantwoordelijke aan te wijzen en er gelden specifieke eisen voor klachtenprocedures bij onvrijwillige zorg.

#### *17.3.5 Relatie met het wetsvoorstel forensische zorg*

Het wetsvoorstel forensische zorg beoogt de aansluiting tussen penitentiaire voorzieningen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Aan de basis van dit wetsvoorstel ligt de motie Eerste Kamerlid Van de Beeten<sup>1</sup>. Deze motie werd kamerbreed gesteund. Deze motie is ingegeven door het feit dat er vooral in het gevangeniswezen steeds vaker personen worden opgenomen met een psychische stoornis. De mogelijkheden tot behandeling van deze stoornis in het gevangeniswezen zijn beperkt, en voor zover deze aanwezig zijn, kan de behandeling vaak niet worden afgemaakt omdat na afloop van de gevangenisstraf blijkt dat plaatsing van een ex-gedetineerde in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg moeizaam verloopt. Een directe terugkeer in de samenleving kan leiden tot een terugval in het oorspronkelijke gedrag en daarmee ook tot recidive. Voor een verbetering van de aansluiting tussen penitentiaire voorzieningen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg is vereist dat het niveau van de behandeling in het gevangeniswezen omhoog wordt gebracht, terwijl tegelijkertijd een zodanige financiering van de zorg tot stand wordt gebracht, dat de geestelijke gezondheidszorg daadwerkelijk tot opnemings van deze personen overgaat. Deze visie werd gedeeld door de parlementaire onderzoekscommissie TBS (Commissie Visser), in haar rapport «Vandaag, over gisteren en morgen» van mei 2006<sup>2</sup>.

Bij de ontwikkeling van de wetsvoorstellen Forensische zorg en verplichte ggz is onder meer gelet op de mogelijkheden voor aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere geestelijke gezondheidszorg en het wegnemen van onnodige verschillen, ten behoeve van een verbetering van de uit- en doorstroom van patiënten. Voor iedereen die zorg ontvangt zoals omschreven in artikel 1, geldt dit wetsvoorstel als de basis van de rechtspositie. Hier kan met redenen omkleed van worden afgeweken. Dat in een instelling ook forensische zorg geleverd wordt, mag de rechtspositie van de niet forensische ggz-cliënt niet nadelig beïnvloeden.

<sup>1</sup> Kamerstukken I 2003/04, 28 979, E.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nrs. 4–5.

#### *17.4 Relatie met de Militaire Ambtenarenwet 1931*

De militaire gezondheidszorg is geregeld in en op grond van artikel 12h van de Militaire Ambtenarenwet 1931. Dit artikel is ten opzichte van dit wetsvoorstel een *lex specialis*. De bepalingen uit dit wetsvoorstel gelden voor militaire gezondheidszorg, tenzij bij of krachtens artikel 12h een uitzondering wordt gemaakt of wordt afgeweken van deze wet. Zo kan de militaire ambtenaar in werkelijke dienst niet zelf een arts kiezen, hij moet zich melden bij het voor hem aangewezen medisch zorgteam, tenzij dat onmogelijk is. Een militaire arts adviseert de commandant over de inzetbaarheid van de militair, indien nodig ook zonder de toestemming van de militair. Daarbij wordt overigens geen inhoudelijke geneeskundige informatie verstrekt. In artikel 1, vierde lid, van dit wetsvoorstel is wel geregeld dat de bepalingen met betrekking tot goed bestuur en verslaggeving inzake jaarrekening, jaarverslag en goed bestuur niet van toepassing zijn voor de militaire gezondheidszorg. Ook is de toepassing van de bepalingen inzake de externe behandeling van klachten en geschillen tussen cliënten respectievelijk cliëntenraden en zorgaanbieders beperkt.

#### *17.5 Relatie met de Wet publieke gezondheid*

De Kwaliteitswet geldt voor preventie als omschreven bij of krachtens de Wet publieke gezondheid (Wpg); GGD'en vallen onder de Wkcz. Vanuit het gezichtspunt van de cliënt dient preventieve gezondheidszorg onder deze wet te vallen. Het uitgangspunt is daarom dat alle cliëntenrechten zoveel als mogelijk ook gelden voor preventieve gezondheidszorg en dat de IGZ daarop toezicht houdt. Soms zal bij preventieve gezondheidszorg evenwel het collectieve belang moeten prevaleren ten opzichte van het individuele belang, zoals in het geval van maatregelen bij de infectieziektebestrijding. In het kader van de infectieziektenbestrijding is dit wetsvoorstel dan ook slechts van toepassing voor zover een doelmatige collectieve infectieziektenbestrijding zich daartegen niet verzet. Verder zullen de bepalingen van deze wet over medezeggenschap, goed bestuur en jaarrekening en jaarverslag niet van toepassing zijn indien de aanbieder van preventieve gezondheidszorg een overheidsinstelling (GGD) is; dan is langs andere weg geborgd dat sprake is van goed bestuur en is medezeggenschap reeds op andere wijze afdoende geregeld.

#### *17.6 Relatie met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*

Wat betreft de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning zijn op dit moment de huishoudelijke verzorging en de openbare geestelijke gezondheidszorg aangewezen als zorg in de zin van de Kwaliteitswet. Voorts is de Wkcz van toepassing op de maatschappelijke ondersteuning die wordt geboden door derden als bedoeld in artikel 10 van de Wmo. Op instellingen die maatschappelijke zorg verlenen en worden gefinancierd door een gemeente op grond van de Wmo, is de Wmcz van toepassing. De Wmo heeft tot doel mensen te laten participeren in de samenleving. De gemeenten geven invulling aan die doelstelling door maatschappelijke ondersteuning te bieden; een breed begrip dat niet alleen het bieden van uiteenlopende voorzieningen omvat, maar ook onder meer het ondersteunen van jeugdigen en hun ouders en het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers. De aard en het doel van de Wmo (participatie) en de gedecentraliseerde bevoegdheden en invulling van het beleid op lokaal niveau staan er aan in de weg de maatschappelijke ondersteuning in haar geheel onder de reikwijdte van het onderhavige wetsvoorstel te brengen.

Gemeenten stellen op grond van de Wmo in een vierjaarlijks plan het beleid rond de maatschappelijke ondersteuning vast; ingezetenen van de gemeente worden hierbij betrokken. Gemeenten sluiten contracten met aanbieders van maatschappelijke ondersteuning waarin zij afspraken

maken over de aard en wijze waarop de maatschappelijke ondersteuning wordt geleverd. Gemeenten zijn op grond van de Wmo ook verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid. Knelpunt in de huidige constructie, waarbij op de huishoudelijke verzorging de Kwaliteitswet van toepassing is, is dat de toezichthoudende taak van de IGZ uit hoofde van de Kwaliteitswet, wat betreft de aanbieder van maatschappelijke ondersteuning, zich niet goed verdraagt met de contractuele relatie van de gemeente met die aanbieder. De VNG is van mening dat gemeenten zeer goed in staat zijn de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning decentraal te handhaven en dat er geen valide reden is waarom de hulp bij het huishouden een uitzondering zou moeten zijn op de overige beleidsvelden van de Wmo. Niettemin menen wij dat voorlopig de toezichthoudende rol van de IGZ op de kwaliteit van de huishoudelijke verzorging en de openbare geestelijke gezondheidszorg behouden moet blijven. Organisaties van zorgaanbieders en organisaties van cliënten, dringen hierop aan. Voor huishoudelijke verzorging is het «Kwaliteitsdocument voor Verantwoorde Hulp bij het Huishouden»<sup>1</sup> opgesteld. Dat biedt een normenkader dat is opgesteld in nauwe samenwerking met alle veldpartijen die actief zijn op het Wmo-terrein. Bij het houden van toezicht zal de IGZ gemeenten informeren over haar ervaringen en de door haar ontvangen gegevens. Bij gelegenheid van het kabinetsstandpunt op de tweede evaluatie van de Wmo begin 2014, zal een wetsvoorstel worden voorbereid waarin het toezicht van de IGZ op de huishoudelijke verzorging als bedoeld in de Wmo zal vervallen, tenzij de uitkomsten van de tweede evaluatie en van het IGZ-toezicht tot een ander inzicht nopen. De uitkomst van het IGZ-toezicht moet zijn dat de kwaliteit van de huishoudelijke verzorging voldoende is. Dat wil zeggen, overeenkomt met hetgeen in het Kwaliteitsdocument is vastgelegd en geborgd is door kwaliteitstoezicht. Dat moet blijken uit onder meer de CO-gegevens over klantervaringen met de huishoudelijk verzorging en de kwaliteitsgegevens van de aanbieders. In de evaluatie van de Wmo en de kabinetsreactie daarop zal aandacht besteed worden aan de uitkomsten van het gemeentelijk kwaliteitsbeleid ten aanzien van de huishoudelijke verzorging. Voorts worden met dit wetsvoorstel in de Wmo bepalingen inzake klachten en geschillen en medezeggenschap opgenomen, die zijn geënt op het in dit wetsvoorstel opgenomen regime, en die gelden voor de «derden» die de gemeenten inschakelen voor het verlenen van de voorzieningen huishoudelijke verzorging, openbare geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke- en vrouwenopvang. De bepalingen inzake medezeggenschap gelden niet voor aanbieders van openbare geestelijke gezondheidszorg, omdat het niet past bij het karakter van deze vorm van zorgverlening, die ziet op het toeleiden naar zorg. Het gaat om het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

#### *17.7 Relatie met de Wet op de jeugdzorg*

De Wet op de jeugdzorg (Wjz) maakt onderscheid tussen jeugdzorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat en andere zorg. Bureau jeugdzorg is voor beide vormen bevoegd te indiceren. Jeugdzorg waarop aanspraak bestaat op grond van de Wjz wordt verleend door zorgaanbieders in de zin van de Wjz. Dit zijn geen zorgaanbieders in de zin van dit wetsvoorstel. Daarom is de onderhavige wet niet van toepassing op deze zorgaanbieders, maar de Wjz.

De andere zorg in de zin van de Wjz wordt verleend door aanbieders van zorg die wél vallen onder de definitie van zorgaanbieder van de onderhavige wet. Deze zorg betreft vormen van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, waarop ingevolge de AWBZ of de Zvw aanspraak bestaat.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 29 538, nr. 101.

Het onderhavige wetsvoorstel raakt aan de Wjz voor zover het deze geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen betreft, waarbij de Wjz als lex specialis geldt ten opzichte van deze wet.

In enkele bepalingen van de Wjz wordt voorgeschreven dat de aanbieder van zorg overlegt met of gegevens verstrekt aan bureau jeugdzorg. Dit gaat verder dan artikel 24 van dit wetsvoorstel. Daarom wordt voorgesteld in de Wjz uitdrukkelijk op te nemen dat daarbij kan worden afgeweken van artikel 24 van dit wetsvoorstel.

#### *17.8 Relatie met de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*

Voor de rechten die cliënten hebben, mag het in principe niet uitmaken of zij zorg ontvangen van een vrijgevestigde zorgverlener of een zorgverlener die werkzaam is binnen een organisatie. Om deze reden is de verplichting voor Big-geregistreerde zorgverleners om verantwoorde zorg te leveren, overgebracht van de Wet big naar dit wetsvoorstel. De Wet big gaat over opleidings- en titelbescherming en handhaving van de kwaliteit van het beroep door middel van het tuchtrecht. Die wet gaat als het ware over de input in het zorgproces. Dit wetsvoorstel gaat onder andere over goede zorg, de output van het zorgproces. Voorts wordt in dit wetsvoorstel de strafmaat in de Wet big verhoogd voor het buiten noodzaak veroorzaken van schade.

#### *17.9 Relatie met de Wet marktordening gezondheidszorg*

De reikwijdte van dit wetsvoorstel sluit op het punt van de omschrijving van het begrip «zorg» aan bij die welke is opgenomen in artikel 1 van de Wmg. Een verschil is dat op grond van de Wmg bij amvb zorggerelateerde werkzaamheden kunnen worden aangewezen als zorg in de zin van die wet.

Dit wetsvoorstel voorziet in een ministeriële regeling met het oog op het standaardiseren van de verschillende verplichtingen tot het verstrekken of het openbaar maken van gegevens door zorgaanbieders. Op basis van de Wmg kan de NZa regels stellen ten aanzien van openbaar te maken gegevens. De minister en de NZa stemmen hun regels onderling af.

#### *17.10 Relatie met het voorstel voor de Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling*

Het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg<sup>1</sup>, dat de naam van de te wijzigen wet wijzigt in Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling, bevat, net als de huidige WGBO, de verplichting voor een zorgaanbieder om een dossier in te richten. Dit wetsvoorstel laat, net als de WGBO, de ruimte om dit dossier op elektronische wijze vorm te geven. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) van een cliënt is onderdeel van het dossier dat op grond van artikel 19 van dit wetsvoorstel verplicht is. Het voorstel voor de Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling verplicht bij amvb aangewezen zorgaanbieders, met het oog op goede zorg, om via het landelijk schakelpunt gegevens beschikbaar te stellen voor uitwisseling met andere zorgaanbieders die een cliënt behandelen. Ook een elektronisch dossier moet aan de eisen van dit wetsvoorstel voldoen.

De bewaartermijn voor een gegeven in een EPD was bepaald op twintig jaar na de datum van het opnemen van het gegeven. Voor deze termijn is gekozen omdat bij het EPD de aansprakelijkheid voor de gegevens een grote rol speelt. Daarom is aangesloten bij de civiele verjaringstermijn van artikel 3:310 BW. Deze bewaartermijn is op het niveau van een amvb geregeld. De Raad van State adviseerde dit op wetsniveau te regelen en aan te sluiten bij de wettelijke termijn in de WGBO. In dit wetsvoorstel is

---

<sup>1</sup> Kamerstukken I 2008/09, 31 466, A.

de bewaartermijn voor een dossier (niet voor een gegeven) gesteld op twintig jaar na de laatste wijziging van het dossier. Deze termijn dient een breder belang dan aansprakelijkheid (zie voorts de toelichting bij artikel 20). De bewaartermijn voor het EPD zal worden aangepast aan de wettelijke termijn voor het bewaren van medische dossiers. Zodra de wettelijke termijn wijzigt door de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, zullen beide bewaartermijnen worden gesteld op twintig jaar gerekend vanaf de laatste wijziging van het dossier.

#### *17.11 Relatie met de Wet op bijzondere medische verrichtingen*

De «bijzondere verrichtingen» waarover regels zijn gesteld op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv), zijn «zorg» in de zin van dit wetsvoorstel. Bij de uitvoering van die verrichtingen zijn dan ook alle cliëntenrechten van toepassing. Wel volgt uit het systeem van de Wbmv dat er beperkingen bestaan ten aanzien van de bereikbaarheid van de desbetreffende zorg.

Wat betreft het functioneren van de Wbmv, informeerden wij de Tweede Kamer al eerder<sup>1</sup>. Wij hebben daarbij toegelicht dat op grond van artikel 2 Wbmv bijzondere zorgvormen vergunningplichtig kunnen worden verklaard. Dit maakt het mogelijk het aanbod ervan via gerichte vergunningverlening te concentreren indien dit vanuit spreidings- of kwaliteitsoverwegingen nodig is, en zelfregulering op dit vlak niet tot de gewenste concentratie leidt. Met name bij nieuwe, complexe verrichtingen waarvan de indicatiestelling nog niet duidelijk is en de kwaliteitseisen nog niet uitontwikkeld zijn, ligt het in de rede het aanbod tijdelijk te concentreren bij enkele zorgaanbieders. Het aantal verleende vergunningen dient afgestemd te zijn op de omvang van de zorgvraag. Er kunnen eisen gesteld worden aan de zorgaanbieder die een vergunning krijgt, zoals de verplichting tot het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem. Wanneer eenmaal een kwaliteitssysteem tot stand is gekomen, inclusief indicatiestelling en het minimumaantal verrichtingen dat nodig is om de kwaliteit te waarborgen, is regulering op grond van de Wbmv niet langer nodig. Het is op dat moment immers duidelijk aan zorgaanbieders hoe de verrichting uitgevoerd dient te worden. Ten slotte wijzen wij erop dat de onder de Wtzi bestaande mogelijkheid voor zorginstellingen, om ter zake van de intrekking van een Wbmv-vergunning een saneringsuitkering aan te vragen, in dit wetsvoorstel wordt gehandhaafd.

#### *17.12 Relatie met de Wet ambulancezorg*

De uitvoering van ambulancezorg is «zorg» in de zin van dit wetsvoorstel. Dit betekent dat, voor zover relevant, alle cliëntenrechten bij het verlenen van die zorg in acht moeten worden genomen, ook die inzake de kwaliteit. Evenals de Wbmv voorziet de Wet ambulancezorg (Waz) in een zekere planning van de bereikbaarheid. Zo is het land verdeeld in een aantal veiligheidsregio's, waarbinnen telkens één regionale ambulancevoorziening over een vergunning beschikt om de ambulancezorg uit te voeren. De Waz voorziet in een ministeriële aanwijzing van de gebieden waar een standplaats gevestigd zou moeten zijn.

Ambulancevervoerders zijn uiteraard betrokken bij de (bereikbaarheid van) acute zorg. Dit wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid om eisen te stellen aan die afspraken en de bereikbaarheid, en in de bevoegdheid voor de minister om de bij (de afspraken over) acute zorg betrokken zorgaanbieders zonodig een aanwijzing te geven.

Ten slotte stellen wij voor om de in de Waz neergelegde mogelijkheid voor ambulancevervoerders om bij een wijziging in de indeling van de regio's met betrekking tot verzoeken om saneringssteun, over te brengen van de Waz naar dit wetsvoorstel.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 150 en Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 177.

### *17.13 Relatie met wetgeving op het gebied van arbeidsomstandigheden en reïntegratie*

Vooraf verdient opmerking dat de werkgever niet aan te duiden is als zorgaanbieder. De zorgplicht die op de werkgever rust is van geheel andere aard en heeft betrekking op de werkplek en werkomstandigheden van de werknemer.

De Arbeidsomstandighedenwet bevat regels voor werkgevers en werknemers die strekken tot bevordering van de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van werknemers en zelfstandige ondernemers ter voorkoming van ongevallen en ziekten veroorzaakt door het werk. In die wet is bepaald dat de werkgever zich bij een aantal taken laat bijstaan door een of meer deskundige personen ten behoeve van wie – overeenkomstig de Arbeidsomstandighedenwet – een certificaat is afgegeven. Het gaat daarbij – in het kader van dit wetsvoorstel – over de bijstand bij de begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten, het uitvoeren van arbeidsgezondheidskundige onderzoeken en het verrichten van (noodzakelijke) aanstellingskeuringen. De Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen bevat regels ter bevordering van de overzichtelijkheid, de klantvriendelijkheid, de effectiviteit en de doelmatigheid van de uitvoering van de sociale zekerheid, waartoe behoort de arbeidsgeneeskundige keuring, bijvoorbeeld ten behoeve van de arbeidsongeschiktheidsbepaling. Beide wetten zijn ten opzichte van dit wetsvoorstel, waar het expliciete wettelijke normen betreft, te beschouwen als een *lex specialis*.

Artikel 84 van dit wetsvoorstel laat delen van Boek 7 van het BW vervallen. In de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen en de Arbeidsomstandighedenwet wordt verwezen naar enkele bepalingen van Boek 7 van het BW. Het betreft de bepalingen omtrent de inzage in het dossier en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. In de artikelen 85 en 86 vervangen wij de verwijzing door een verwijzing naar de artikelen 22 en 24 van dit wetsvoorstel. Hiermee wordt voor specifiek omschreven taken een uitzondering gemaakt op de toepasselijkheid van deze artikelen. Dit laat onverlet dat de overige bepalingen van dit wetsvoorstel, waaronder de kwaliteitsbepalingen, onverminderd gelden ten aanzien van het medisch onderzoek in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet en de uitvoering van de sociale zekerheidswetten.

De bepalingen uit dit wetsvoorstel die zien op keuze-informatie, klachten en geschillen, medezeggenschap, goed bestuur, register van zorgaanbieders en verslaglegging worden buiten toepassing verklaard voor arboartsen, bedrijfsartsen en keuringsartsen. Hiermee wordt de huidige situatie gehandhaafd.

## **18. Internationale aspecten**

### *Richtlijn grensoverschrijdende zorg*

De Europese Commissie heeft op 2 en 3 juli 2008 een omvangrijk en lang verwacht sociaal pakket gepresenteerd. Dit pakket bestaat uit richtlijnvoorstellen en mededelingen die met name op het gebied van sociale zaken en gezondheidszorg liggen. Het «Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg»<sup>1</sup> is voor VWS het meest relevant. Dit voorstel maakt deel uit van de zogenaamde agenda voor de burger. Hiermee wil de Commissie aan de burgers van Europa laten zien dat Europa ook zaken regelt die hen direct voordeel opleveren, zoals de vergoeding van de kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg.

---

<sup>1</sup> Com(2008) 414.

Het voorstel biedt de Europese burger meer kansen om zorg te gebruiken op de plaats waar en bij de zorgaanbieder die hem het beste passen. Vooral burgers met zeer specifieke aandoeningen of woonachtig in grensstreken kunnen hier voordeel van hebben. Voor de Nederlandse regelgeving is het voorstel niet heel ingrijpend. Nederlanders hebben nu ook al de mogelijkheid om de kosten van zorg in het buitenland vergoed te krijgen. En omgekeerd maakt het Nederlandse stelsel ook nu al geen onderscheid tussen een Nederlander en een buitenlander.

#### *Standpunt van Nederland*

Nederland onderschrijft de doelstellingen van de Europese Commissie. Nederland heeft de meeste doelstellingen reeds in de nieuwe zorgwetgeving verwerkt; voor Nederland zelf was een richtlijn dan ook niet per se noodzakelijk. Niet alle lidstaten hebben echter de doelstellingen van de Europese Commissie al verwerkt in hun regelgeving. Nederland is dan ook bereid mee te werken aan het tot stand brengen van een richtlijn die tot meer duidelijkheid voor burgers leidt.

Naar onze mening zijn met dit wetsvoorstel – met daarin het recht op keuzeinformatie, recht op goede zorg en recht op informatie over behandeling en toestemmingsvereiste, het recht op een dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer, alsmede een effectieve klacht- en geschillenregeling – de rechten van een buitenlander in Nederland goed behartigd. Het geldt echter niet voor alle lidstaten dat dit nationaal goed geregeld is. Het is daarom positief dat met deze richtlijn in alle lidstaten een gelijk speelveld wordt geboden voor zorgaanbieders om buitenlandse patiënten te ontvangen.

#### *Overeenstemming tussen het conceptvoorstel voor de richtlijn en dit wetsvoorstel*

Op veel punten strookt het richtlijnvoorstel met hetgeen in dit wetsvoorstel geregeld wordt, of in Nederland al geregeld is. In het richtlijnvoorstel staat bijvoorbeeld dat lidstaten van overheidswege toezicht op de verleende gezondheidszorg dienen te houden. Lang niet alle lidstaten kennen namelijk al een instantie als de IGZ. In het richtlijnvoorstel staat verder dat patiënten recht hebben op informatie over de veiligheid en kwaliteit van de zorg, dat zij toegang hebben tot schade- en klachtenprocedures en schadevergoeding, dat zij te allen tijde inzage in hun dossier moeten kunnen krijgen en dat zij recht hebben op kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg. Dit is ook geregeld in dit wetsvoorstel.

#### *Elementen in het voorstel voor de richtlijn die voor verbetering vatbaar zijn*

Ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid van de zorg heeft Nederland samen met vele andere lidstaten aangegeven dat zij op dit moment geen voorstander te zijn van een afdwingbaar gemeenschappelijk kader voor kwaliteit en veiligheid van de zorg.

De bepalingen over kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg moeten een nationale bevoegdheid blijven. Nederland heeft in een amendement aangegeven dat buitenlandse cliënten recht hebben op dezelfde informatie als die voor nationale cliënten beschikbaar is. In de huidige tekst van het voorstel wordt bepaald dat een cliënt uit een andere lidstaat nooit méér rechten heeft in geval van grensoverschrijdende zorg dan de burgers van die lidstaat zelf hebben. Ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid van de zorg bepaalt dit compromis dat lidstaten op dit terrein gaan samenwerken en van elkaar leren. Er komt geen verplichtend kader.



Nederland heeft bij amendement voorgesteld dat bij medische fouten onder het richtlijnvoorstel het aansprakelijkheidssysteem geldt van de lidstaat waar de zorg wordt verleend. Het recht van die lidstaat bepaalt wie verantwoordelijk is voor gemaakte fouten en op welke wijze een patiënt hierover klachten kan indienen en gecompenseerd kan worden. Daarmee heeft Nederland willen voorkomen dat de invoering van een «no-fault-compensatiesysteem» mogelijk sluipenderwijs verplicht zou worden. Nederland acht een dergelijk compensatiesysteem geen adequate oplossing voor de knelpunten die cliënten ervaren. Het belangrijkste knelpunt voor slachtoffers om schade te claimen is dat procedures als hoogdrempelig worden ervaren, veel tijd in beslag kunnen nemen en kostbaar kunnen zijn. Deze knelpunten worden door middel van dit wetsvoorstel verminderd. Bovendien is het vooral aan schadeverzekeraars om flexibel om te gaan met verwijtbaarheid. Voor de overheid zien we hier geen taak weggelegd.

#### *Stand van zaken richtlijn grensoverschrijdende zorg*

Het Europees Parlement is medewetgever op dit dossier. De Raad en het Europees Parlement zullen tot een akkoord moeten komen. Het Europees Parlement heeft op 23 april 2009 het richtlijnvoorstel in eerste lezing aangenomen. De Raad is op 1 december 2009 niet tot een politiek akkoord gekomen. Nadien is het richtlijnvoorstel weliswaar op de agenda blijven staan, maar voortgang is sindsdien niet geboekt. Indien het richtlijntraject zou stagneren, dan zou het vraagstuk van de patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg voornamelijk weer in het vizier van het Europees Hof van Justitie komen.

#### *Richtlijn consumentenrechten*

Tevens wordt er momenteel onderhandeld over het «Voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement betreffende consumentenrechten»<sup>1</sup>. Dat richtlijnvoorstel heeft tot doel het bestaande regelgevende kader op het gebied van de bescherming van consumentenrechten te vereenvoudigen en completeren. Binnen het huidige Nederlandse stelsel is de patiënt in de gezondheidszorg en de cliënt binnen de zorg echter ook een consument. Het richtlijnvoorstel consumentenrechten zou dus ook op hen van toepassing kunnen zijn. Op dit moment wordt bezien wat de reikwijdte van het richtlijnvoorstel is en of de zorgconsument hier ook onder valt. Inzet zal zijn om zorgconsumenten niet onder de toepassing van de Richtlijn consumentenrechten te laten vallen. Wij zijn van mening dat een richtlijn die ziet op maximumharmonisatie niet passend is voor de gezondheidszorgsector. Concreet zou dat bijvoorbeeld namelijk betekenen dat er niet méér informatie mag worden verstrekt aan patiënten dan bepaald in de richtlijn.

<sup>1</sup> COM(2008) 614.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2007/08, 31 476, nr. 1.

<sup>3</sup> NPCF, CG-Raad, Platform VG, landelijk platform GGZ, CSO, Consumentenbond, LSR, LOC, BOZ, KNMG, NFU, NVZ, ACTIZ, VGN, V&VN, GGZ NL, LHV, en ZN. Diverse andere organisaties hebben via gesprekken en brieven op verschillende momenten bijgedragen aan de standpuntbepaling.

<sup>4</sup> In april 2009 hebben de volgende partijen schriftelijk gereageerd op een concept versie van het wetsvoorstel: NPCF, Consumentenbond, CG-raad, LOC, LSR, LPGZ, Platform VG, KNMG, BOZ, LHV, OMS, V&VN, ZN, SIN-NL, Prinses Beatrixfonds, VKIG, een groep klachtencommissies, BTN, Federatie opvang en cliëntenorganisaties, NIP, NVvP, NMT, NVM, NVLF, KNGF, KNMP, NeVeP, Nefemed, Stichting de ombudsman, Arboned.

## **19. Consultatie en advies**

### *19.1 Betrokkenheid van veldpartijen bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel*

Veldpartijen zijn nauw betrokken bij het tot stand komen van de beleidsvoornemens zoals die in de brief aan de Tweede Kamer over cliëntenrechten<sup>2</sup> zijn weergegeven, evenals bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel. In oktober 2007 heeft een brede bijeenkomst met mensen uit het veld plaatsgevonden waarin de eerste plannen uiteengezet zijn. In januari en februari 2008 is met een selectie van organisaties van cliënten, aanbieders en zorgverzekeraars gesproken over de beleidsvoornemens<sup>3</sup>. Partijen hebben ook schriftelijk<sup>4</sup> en in bilaterale gesprekken gereageerd op het voorgenomen beleid en conceptteksten voor het wetsvoorstel. In september en december 2008 en april 2009 hebben overleggen met veldpartijen plaats gevonden over concept-wetsteksten. Concept-

wetsteksten zijn ook besproken in thema-overleggen met veldpartijen in kleinere groepen of bilateraal.

### *19.2 Visie cliëntenorganisaties*

De noodzaak om de positie van cliënten te versterken, wordt verwoord door de cliëntenorganisaties, die zich inzetten voor een paradigmashift in de zorg. Er moet een omslag komen in de regie, sturing en financiering van de zorg. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten echt durven denken en beslissen vanuit het perspectief van de cliënt. Meer en meer is het ook van belang dat cliënten en zorgaanbieders samen werken aan de gezondheid van de cliënt<sup>1</sup>.

De NPCF heeft bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel aangedrongen op een basiswet die de rechten van cliënten vanuit hun perspectief garandeert<sup>2</sup>. De introductie van de Zvw, de Wmo en de Wmg heeft vragen opgeroepen over de nieuwe verantwoordelijkheden. Er is behoefte aan duidelijkheid over de juridische positie van de burger in deze nieuwe constellatie. De NPCF heeft een voorstel gedaan voor de basis van wetgeving waarmee de aanspraken met betrekking tot geleverde kwaliteit, de inkoop van zorgverzekeraars, ketenzorg en innovaties goed geborgd zouden worden. De NPCF noemt het recht op toegang en informatie, het recht op veiligheid en kwaliteit, het recht op een goede zorgrelatie en hoogwaardige dienstverlening en het recht op een goede regeling bij fouten en geschillen.

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

Mede door toedoen van NPCF en Consumentenbond is in dit wetsvoorstel aandacht besteed aan de consequenties voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten goede zorg inkopen, die voldoet aan dit wetsvoorstel. Als zorgverzekeraars zelf zorg aanbieden, zijn ze zorgaanbieder in de zin van dit wetsvoorstel en moeten zij de verplichtingen die uit dit wetsvoorstel voortvloeien naleven.

De cliëntenorganisaties die cliënten in de langdurende zorg vertegenwoordigen (CG-raad, de CSO, Platform VG, het landelijk platform GGZ, ANBO, Per Saldo e.a.), zetten zich in voor regie door de cliënt en voor kwaliteit van leven. Mensen die langdurig zorg nodig hebben, willen zeggenschap en regie over hun eigen leven behouden. Er moet een verschuiving in het denken komen van collectief gecontracteerd en gestuurd aanbod naar ruimte voor maatwerk en vraagsturing. De gewenste versterking van de positie van de cliënt moet zich, wat deze organisaties betreft, behalve in de zorginhoudelijke verhouding, ook voordoen in de financiële relatie. Vraagsturing betekent dat de cliënt die dat wil, in alle opzichten kan sturen, dus ook in de financiële relatie met de zorgaanbieder.

<sup>1</sup> Van patiënt tot partner, L. Berenschot en L. van der Geest, Nyfer, 2005.

<sup>2</sup> NPCF-brochure, De Zorgconsumentenwet: wat erin moet staan, maart 2007.

De organisaties die cliëntenraden vertegenwoordigen (LOC Zeggenschap in Zorg en LSR), hebben intensief meegedacht over de bepalingen in dit wetsvoorstel omtrent medezeggenschap. In juni 2009 hebben zij samen met organisaties van zorgaanbieders voorstellen gedaan voor de structuur van de medezeggenschap en de bevoegdheden en financiering van cliëntenraden. Deze voorstellen zijn in dit wetsvoorstel in belangrijke mate overgenomen.

### *19.3 Visie zorgaanbieders*

Zorgaanbieders erkennen het belang van een versterking van de positie van de cliënt in de zorg. Zij hebben wel steeds de vraag gesteld of zo'n versterking het beste gerealiseerd zou kunnen worden door een integrale cliëntenrechtenwet. De Brancheorganisaties Zorg hebben moeite met het instemmingsrecht voor cliëntenraden bij een aantal besluiten van zorgaanbieders en zij zijn van mening dat met betrekking tot goed bestuur meer aan zelfregulering kan worden overgelaten. Op basis van de bovengenoemde voorstellen van organisaties van cliënten(raden) en zorgaanbieders gezamenlijk, is het instemmingsrecht bij bouw en bij fusies genuanceerd vorm gegeven. De KNMG heeft sterk het belang benadrukt van de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaar en van veilig melden van incidenten met het oog op verbetering van de kwaliteit van de zorg.

### *19.4 Begeleidingscommissie*

Een commissie van externe deskundigen<sup>1</sup> heeft de totstandkoming van de brief met de beleidsvoornemens en het wetsvoorstel begeleid. De commissie heeft achtergrondnotities en telkenmale concepten van de beleidsbrief en het wetsvoorstel becommentarieerd. De commissie heeft met name kritisch gereageerd op voorstellen met betrekking tot de verhouding publiek-privaat, veilig melden, medezeggenschap en goed bestuur. De commissie heeft steeds gepleit voor het integraal onder dit wetsvoorstel brengen van alternatieve behandelingen. De vragen en opmerkingen van de commissie zijn niet altijd overgenomen, maar zo goed mogelijk verwerkt in het wetsvoorstel.

### *19.4 Actal*

Op het advies van Actal wordt hierna in hoofdstuk 20 ingegaan.

### *19.5 College bescherming persoonsgegevens*

Op het advies van het CBP is in hoofdstuk 17 ingegaan.

### *19.6 Raad voor de Rechtspraak*

Op 15 juni 2009 heeft de Raad voor de Rechtspraak een advies uitgebracht inzake het wetsvoorstel.<sup>2</sup> De Raad geeft in overweging om bestaande regelingen, waar de praktijk vertrouwd mee is, aan te passen. In hoofdstuk 5 van deze toelichting is uiteengezet waarom wij kiezen voor een bundeling van wetgeving. De Raad wijst er terecht op dat het verplicht stellen van een geschilleninstantie de weg naar de civiele rechter niet afsluit. De Raad verwacht dat de invulling van het begrip «goede zorg» veel tijd kost. In paragraaf 9.3 zetten wij de relatie van het begrip «goede zorg» met bestaande begrippen als «verantwoorde zorg» en «goed hulpverlenerschap» uiteen. Ook als we de bestaande termen niet zouden vervangen, is een nadere invulling door middel van standaarden en richtlijnen noodzakelijk. Om die nadere invulling te verzorgen, is de Regieraad Kwaliteit van Zorg ingesteld (zie paragraaf 4.2). De Raad maakt een opmerking over de omzetting van plichten in rechten. Hiervoor hebben wij gekozen om daadwerkelijk de cliënt centraal te stellen. In paragraaf 5.4 hebben we uiteengezet in welke gevallen we rechten voor cliënten hebben geformuleerd en in welke gevallen plichten voor de zorgaanbieder en waarom we dat hebben gedaan. In paragraaf 6.5 is

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

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

aangegeven dat cliënten en cliëntenorganisaties de naleving van de rechten van cliënten en verplichtingen voor zorgaanbieders door zorgaanbieders kunnen afdwingen en dat de IGZ toezicht houdt op de naleving van de rechten en plichten door zorgaanbieders. Er is dus sprake van een driedubbel slot. Naar aanleiding van een vraag van de Raad merken wij op dat, gelet op artikel 1, zevende lid, van het wetsvoorstel het inzagerecht en het blokkeringsrecht eveneens van toepassing zijn op het deskundigenonderzoek in het kader van een civiele letselschadezaak. De werking van het inzage- en blokkeringsrecht blijft in dergelijke zaken ongewijzigd ten opzichte van de WGBO. Naar aanleiding van opmerkingen van de Raad over bewijsuitsluiting en gebruik van gegevens uit het kwaliteitsregister in een procedure is het tweede lid van artikel 11 aangepast. De gegevens uit het register kunnen voor strafrechtelijk bewijs worden gebruikt, als zij redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen. Het Openbaar Ministerie weegt in dat geval de belangen van het veilig-melden systeem (bevorderen van de kwaliteit van de zorg) en het maatschappelijke strafvorderlijke belang. In andere procedures vindt een dergelijke afweging niet plaats. Hiermee wordt een specifieke regel gecreëerd, die voorgaat op de regels met betrekking tot bewijs in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Hiervoor is gekozen met het oog op het bevorderen van de kwaliteit van de zorg door middel van een effectief veilig-melden systeem. De Raad stelt voor in artikel 62, tweede lid, te kiezen voor een ander woord voor «gedraging». Wij hebben dit woord vervangen door «handelen of nalaten», zodat ook nalaten bestraft kan worden. De toelichting bij dit artikellid is aangepast. Ten slotte acht de Raad de keuze voor het omzetten van de overtreding van artikel 96, eerste lid, van de Wet big in een misdrijf niet voldoende gemotiveerd. Ook het Openbaar Ministerie is van mening dat deze overtreding geen misdrijf moet worden (zie paragraaf 19.7). Aan deze adviezen is gehoor gegeven en de overtreding is niet omgezet in een misdrijf.

De Raad verwacht geen substantiële gevolgen voor de werklast van de rechtspraak en wil graag in de gelegenheid worden gesteld om te adviseren over nadere regelgeving en het handhavingkader.

#### *19.7 College van procureurs-generaal*

Het College van procureurs-generaal heeft op 22 april 2009 een advies<sup>1</sup> uitgebracht. Het College vraagt meer aandacht in het wetsvoorstel voor het strafrecht. De rol van het strafrecht in dit wetsvoorstel is beperkt tot de artikelen 11 en 62. In de toelichting bij die artikelen is aandacht besteed aan de rol van het Openbaar Ministerie. Voorts is het Openbaar Ministerie in beeld bij artikel 96 van de Wet big, waarvan in dit wetsvoorstel de strafmaxima worden verhoogd. Het College ziet het strafrecht in de gezondheidswetgeving als ultimatum remedium. Dat is ook precies de wijze waarop het strafrecht in bovengenoemde artikelen is ingezet. Op 30 maart 2009 is het samenwerkingsprotocol OM-IGZ toegezonden aan de Tweede Kamer<sup>2</sup>. Het College was kritisch met betrekking tot de concept-bepalingen die moeten waarborgen dat incidenten veilig kunnen worden gemeld met het oog op kwaliteitsverbetering. Mede naar aanleiding van dit advies zijn deze bepalingen aangepast. Voorts heeft het College aanbevolen artikel 96, eerste lid, van de Wet big (waarin strafbaar is gesteld het buiten noodzaak veroorzaken van (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid van een ander) niet om te zetten in een misdrijf, maar wel de strafmaxima te verhogen en het overtreden van een aanwijzing of een bevel strafbaar te stellen. Bij brief van 2 maart 2009 is het voornemen aangekondigd om van artikel 96, eerste lid, Wet big een misdrijf te maken in plaats van een overtreding<sup>3</sup>. Naar aanleiding van de adviezen van de Raad voor de Rechtspraak en het College van procureurs-generaal is ervoor gekozen om dat niet te doen. In de genoemde brief was aangekondigd dat over de aanpassing van artikel 96 formeel advies gevraagd

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>2</sup> Kamerstukken I 2008/09, 31 122, H.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 476, nr. 8.

zou worden aan het Openbaar Ministerie. Wij volgen op dit punt dit advies en het advies van de Raad voor de Rechtspraak om te voorkomen dat de bewijslast wordt verzwaard. Daarmee zou het aanpakken van alternatieve behandelaren worden belemmerd. Met betrekking tot het strafbaar stellen van het overtreden van een bevel dan wel aanwijzing, merken wij op dat het opzettelijk niet voldoen aan een bevel of een vordering, krachtens wettelijk voorschrift gedaan door een met toezicht belaste ambtaar, in artikel 184 van het Wetboek van Strafrecht strafbaar is gesteld. Overigens heeft bestuursrechtelijke handhaving van het bevel of de aanwijzing de voorkeur.

Net als de Raad voor de Rechtspraak stelt het College van procureurs-generaal vragen bij het formuleren van rechten voor cliënten en de afdwingbaarheid daarvan. Een reactie daarop is gegeven in paragraaf 19.6. Naar aanleiding van de overige opmerkingen van het College is de voetnoot bij de toelichting op artikel 1 aangepast, is in de toelichting bij artikel 12 iets opgenomen over de melding van een niet-natuurlijke dood bij de lijkschouwer, is in de toelichting bij artikel 24 aandacht besteed aan inzage van dossiers door het Openbaar Ministerie en zijn de toelichtingen bij de artikelen 22, 23 en 24 aangepast.

#### *19.8 NZa*

De NZa heeft op 3 juni 2009 op het wetsvoorstel gereageerd.<sup>1</sup> In het licht van de consumentenwaarden transparantie, keuzevrijheid en rechtspositie beschouwt de NZa het wetsvoorstel positief. Volgens de NZa wordt met name op het gebied van transparantie en rechtspositie de positie van de cliënt versterkt. De NZa vindt de nadere invulling van de norm van goede zorg en het toezicht daarop van essentieel belang voor de werking van het zorgstelsel. De mogelijkheid om gemakkelijker en effectiever te klagen bevordert de zelfredzaamheid van de consument en draagt daarmee bij aan het algemeen consumentenbelang. De NZa pleit ervoor taken met betrekking tot het toezicht op de verantwoording, winstverbod en bedrijfsvoering bij de NZa te beleggen en niet bij het CSZ. De NZa moet bij het vaststellen van budgetten de financiële informatie van zorgaanbieders toch al waarden. Dit verandert echter met een bekostiging van zorgaanbieders op basis van diagnosebehandelcombinaties of zorgzwaar-tepakketten. Bovendien achten we het niet gewenst dat degene die de markt reguleert, anders dan op grond van marktmacht kan ingrijpen bij afzonderlijke zorgaanbieders. De IGZ behoudt de toezichtstaak met betrekking tot de verantwoording: de verantwoording over kwaliteit is cruciaal voor het functioneren van de IGZ. Kenmerk van de activiteiten van het CSZ is dat deze gericht zijn op financiële aspecten bij individuele zorgaanbieders. De genoemde taken sluiten daarbij aan.

Conform de wens van de NZa behoudt de NZa de mogelijkheid om op grond van artikel 38 van de Wmg regels te stellen ten aanzien van openbaar te maken informatie. De minister kan regels stellen ten aanzien van de keuze-informatie als bedoeld in artikel 13 van dit wetsvoorstel. Om doublures en strijdigheden in informatieuitvraag te voorkomen, stemmen de minister en de NZa de regels onderling af. Naar aanleiding van opmerkingen van de NZa over de maatschappelijke verantwoording en de eisen die aan de bedrijfsvoering zijn gesteld, zijn die artikelen en de toelichting zodanig aangepast, dat de administratieve lasten niet toenemen.

#### *19.9 CSZ*

Het CSZ heeft bij brief van 12 mei 2009<sup>1</sup> gereageerd op een concept wetsvoorstel en is verheugd dat het vooralsnog als zelfstandig bestuursorgaan blijft voortbestaan in dit wetsvoorstel, nadat eerder was overwogen om de taken van het CSZ toe te delen aan de IGZ of de NZa. Het CSZ heeft daarnaast een aantal concrete suggesties gedaan voor de formulering van de artikelen in dit voorstel.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

## 20. Regeldruk

De rechten van cliënten en plichten van de zorgaanbieders zijn in de huidige situatie in vijf wetten geregeld. In deze wet wordt een deel van deze verplichtingen overgenomen, geschrapt en/of aangevuld. Om inzicht te krijgen in de effecten van de gewijzigde en nieuwe verplichtingen zijn de administratieve lasten (AL) en nalevingskosten (NK) gekwantificeerd. Daarnaast is met zorgaanbieders gesproken over de perceptie van deze lasten (beleving).

Voor het ex ante onderzoek naar de AL, de NK en de beleving is overleg gevoerd met deskundigen en zijn interviews afgenomen met zorgaanbieders en cliënten. Hierbij is nagegaan wat de nieuwe verplichtingen voor zorgaanbieders en cliënten in de praktijk betekenen. De resultaten zijn verwerkt in een zogenaamd standaard kostenmodel. Het onderzoek is uitgevoerd conform de handleiding Meten is Weten II van de Regiegroep regeldruk.

### 20.1 Administratieve lasten

Deze wet veroorzaakt per saldo een afname van administratieve lasten van ca. € 0,6 miljoen.

In de onderstaande tabel zijn de wijzigingen van informatieverplichtingen met de bijbehorende effecten voor AL uitgesplitst.

Artikel	Onderwerp	Toe-/afname AL
21	Melden incident in dossier	+ € 2.432.800
44	Indienen kwaliteitsverslag door solisten	+ € 4.512.400
44	Indienen verslagen door privéklinieken	+ € 93.600
	Afschaffen toelatingen	- € 400.000
	Afschaffen bouwvergunningen	- € 2.600.000
	Verdwijnen verslaglegging Wkcz en Wmcz voor kleine instellingen	- € 4.600.000
	<b>Totaal</b>	<b>- € 561.200</b>

De AL nemen vooral toe omdat deze wet zich richt op een grotere doelgroep. Zo zal het kwaliteitsverslag ook moeten worden aangeleverd door solistische zorgaanbieders. In de huidige situatie zijn deze al verplicht de kwaliteit te toetsen. Nu zal hierover ook jaarlijks moeten worden gerapporteerd. Doordat wordt aangesloten bij de bestaande kwaliteitssystemen en indicatoren, worden de AL voor het overleggen van deze gegevens zoveel mogelijk beperkt. Privé-klinieken moeten ook aan de verslagverplichtingen gaan voldoen (voor deze groep gold alleen de verplichting een kwaliteitsverslag in te dienen).

Tegenover deze verzwaring van de administratieve lasten staat een verlichting van € 0.4 miljoen voor het afschaffen van de toelatingen en van € 2.6 miljoen voor het afschaffen van de bouwvergunningen op grond van de Wtzi. Kleine instellingen (tien medewerkers of minder) hoeven geen verslag meer te doen over klachten en medezeggenschap. Op grond van de Wkcz respectievelijk de Wmcz moeten zij dat wel. Dit levert een vermindering aan administratieve lasten op van € 4.6 miljoen. Per saldo treedt dus een administratieve lastenverlichting op van € 0.6 miljoen.

Eerder is overwogen de bewaartermijn voor dossiers te verlengen van vijftien tot dertig jaar, mede gebaseerd op een advies van de Gezondheidsraad. Dit zou echter een verhoging van de AL betekenen van circa € 40 mln. Met het oog op het belang van goede zorgverlening is de

bewaartermijn op twintig jaar gesteld. Omdat op basis van dit wetsvoorstel geen afzonderlijke gegevens hoeven te worden vernietigd na het verstrijken van de bewaartermijn, maar dossiers in hun geheel kunnen worden vernietigd, hetgeen minder bewerkelijk is, gaan we ervan uit dat deze wijzigingen per saldo lastenneutraal zullen zijn. Om redenen van AL is er van afgezien een actieve registratieplicht voor zorgaanbieders te introduceren en is ervoor gekozen dat de minister een register bijhoudt en zich daarbij baseert op gegevens in het Handelsregister. Ook zijn de verslagverplichtingen voor solisten en kleine instellingen beperkt om administratieve lasten te voorkomen.

### 20.2 Nalevingskosten

Deze wet veroorzaakt een toename van de NK van per saldo € 10 miljoen. In de onderstaande tabel zijn de inhoudelijke verplichtingen met de bijbehorende NK uitgesplitst. Initieel waren de NK aanzienlijk hoger, echter op basis van de ex ante NK berekening en een alternatieve afweging is besloten om het aantal verplichtingen voor zorgaanbieders te beperken. Om de nalevingskosten te beperken, is bijvoorbeeld afgezien van het nader wettelijk regelen van de afstemming tussen zorgaanbieders.

Artikel	Onderwerp	Nalevingskosten
13	Informatie verschaffen over prestaties/diensten	€ 8.891.500
21	Melden incident aan cliënt	€ 2.432.800
29	Betaling jaarlijkse contributie geschilleninstantie	€ 2.875.280
34	Vaststellen jaarlijks bedrag cliëntenraad	€ 552.700
	Interne klachtencommissie niet langer verplicht	- €4.704.464
<b>Totaal</b>		<b>€ 10.047.816</b>

De NK worden vooral veroorzaakt door verplichtingen om informatie te verschaffen aan de cliënt. Deze verplichtingen vormen de essentie van deze wet en zijn daarmee onvermijdelijk om de doelstelling van de regelgeving te realiseren. De omvang van deze NK wordt echter sterk bepaald door de behoefte van de cliënt om zich te informeren. Bovendien is door de zorgaanbieders aangegeven dat het verstrekken van informatie onderdeel is van goede zorg en dus aansluit bij de bedrijfsvoering.

Naast de bovenstaande toenames van NK wordt de verplichting tot het hebben van een interne klachtencommissie voor instellingen afgeschaft. Hiermee kunnen de NK dalen. Ook het feit dat cliëntenraden niet langer verplicht zijn voor de eerstelijnszorg levert een besparing op van de nalevingskosten. De facto is de besparing beperkt, omdat niet veel zorgaanbieders in de eerste lijn op dit moment een cliëntenraad hebben.

Deze wet heeft geen directe of indirecte gevolgen voor de AL en NK van (georganiseerde) burgers.

Of de toezichtslasten wijzigen, is afhankelijk van het toetsingskader dat nog moet worden ontwikkeld.

### 20.3 Beleving van de lasten

Uit het onderzoek naar de AL en NK komt naar voren dat de lasten in de beleving van zorgaanbieders zullen toenemen. Dit kan deels worden onderbouwd op basis van de uitgevoerde kwantificering. Daarnaast geldt echter dat onzekerheid over de uitvoering en ervaringen uit het verleden, de beleving van de lasten door zorgaanbieders negatief beïnvloeden.

Vooral de eisen over het klachten- en kwaliteitsverslag leiden tot bezorgdheid over de lasten omdat hierbij is uitgegaan van de uitvraag van beschikbare informatie. Door de zorgaanbieders is benadrukt dat indien hiervan wordt afgeweken – bijvoorbeeld doordat andere kwaliteitsindicatoren worden geformuleerd – de AL wel aanzienlijk zullen toenemen. In de praktische uitvoering van de wet door de IGZ zal hiermee dan ook rekening worden gehouden.

Daarnaast is er bij de zorgaanbieder een duidelijke irritatie ten aanzien van het verstrekken van algemene gegevens aan de IGZ. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat veel informatie reeds bij de overheid – zoals het register van de KvK – bekend is en dus afzonderlijke uitvraag overbodig is. De gemeenschappelijke ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, de bundeling van verslagverplichtingen en de bepaling met betrekking tot de registratie van zorgaanbieders, moeten dubbele uitvraag voorkomen.

Het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) heeft het wetsvoorstel beoordeeld en op 11 juni 2009 voorzien van een advies.<sup>1</sup> Het college constateert dat met dit voorstel een bijdrage wordt geleverd aan de kabinetsdoelstelling om de administratieve lasten voor bedrijven met 25% te verminderen. Het college memoreert dat bij de totstandkoming van de wet aandacht is besteed aan het zoeken naar alternatieven die de lasten van het wetsvoorstel kunnen minimaliseren en is verheugd dat met het oog op de nalevingskosten is afgezien van het opnemen van een aantal verplichtingen met betrekking tot de afstemming tussen zorgaanbieders. Het college adviseert om toezichtlasten zo spoedig mogelijk in beeld te brengen en bij de inrichting van het toezicht de lasten in het vizier te houden. Daarnaast adviseert het college om zo snel mogelijk over de wet te communiceren met zorgaanbieders en bij de uitvoering van de wet gebruik te maken van de expertise en kennis die er al in de sector is. Het college sluit af met het advies het wetsvoorstel in te dienen nadat met het bovenstaande rekening is gehouden. Wij zullen erop dat letten dat bij de inrichting van het handhavingsskader van de IGZ voor deze wet de toezichtlasten voor zorgaanbieders zo beperkt mogelijk zijn. Zoals aangegeven in paragraaf 4.2 van deze toelichting, zullen wij in samenwerking met organisaties van cliënten en zorgaanbieders zorgen voor een goede voorlichting over deze wet.

## **B. ARTIKELSGEWIJS**

### **Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen**

#### **Artikel 1**

Dit wetsvoorstel begint in artikel 1, eerste lid, onder a, met een definitie van «zorg». Vervolgens wordt in het eerste lid, onder b, «zorgaanbieder» gedefinieerd. In de leden twee tot en met negen wordt daarna de reikwijdte van dit wetsvoorstel afgebakend. Hieronder worden deze bepalingen afzonderlijk toegelicht.

Vooraf zij opgemerkt dat in verband met de verbreding van de cliëntenrechten (ten opzichte van de WGBO) tot de care, gekozen is voor de uniforme term cliënt ter aanduiding van zowel de gebruiker (patiënt) in de curatieve zorg als de gebruiker (cliënt of welke andere benaming dan ook) van andere zorg (zoals AWBZ-zorg). Ter aanduiding van de natuurlijke persoon die zelf (beroepsmatig) de zorg verleent (zorgverlener), en de rechtspersoon die of het samenwerkingsverband van natuurlijke personen dat (bedrijfsmatig) anderen zorg doet verlenen, wordt de uniforme term zorgaanbieder gebruikt. Het gebruik van deze uniforme, neutrale en in andere wetgeving inzake de zorg reeds gehanteerde terminologie vindt uitsluitend plaats om te voorkomen dat in het wetsvoorstel – al naar

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.



gelang de situatie – steeds een andere term zou moeten worden gebruikt; dat zou immers afbreuk doen aan de leesbaarheid en toegankelijkheid van de wet. Het gebruik van deze termen mag dan ook niet worden gezien in het licht van een veronderstelde nadruk op de rol van de betrokkenen in het zorgproces als marktpartij.

*Eerste lid, onder a (zorg)*

Allereerst wordt, in het eerste lid, onder a, 1°, onder «zorg» verstaan de zorg en andere diensten als omschreven bij of krachtens de AWBZ of de Zvw, ook wel genoemd de zorg van het eerste onderscheidenlijk het tweede compartiment, ongeacht of de kosten daarvan worden vergoed in het kader van de genoemde wetten dan wel anderszins<sup>1</sup>. Zo valt ook de zorg, verleend in particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen, onder de wet. De woorden «en andere diensten» sluiten aan bij artikel 10 van de Zvw; daarmee wordt bedoeld op met zorg verband houdende verzorging, verpleging, vervoer en verblijf.

Ingevolge het eerste lid, onder a, 2°, worden onder «zorg» verder verstaan «handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1 van de Wet big, die niet zijn begrepen onder 1°». Dit zijn de handelingen die behoren tot de zorg van het derde compartiment. Men zou kunnen menen dat bij het aanduiden van «zorg» volstaan kan worden met te verwijzen naar artikel 1 Wet big. De zorg die in het kader van de AWBZ wordt verleend, omvat echter meer handelingen dan alleen die van de Wet big, zoals persoonlijke verzorging.

Artikel 1, eerste lid, van de Wet big beperkt de handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg tot verrichtingen, strekkende tot het bevorderen of bewaken van de gezondheid. Verrichtingen op dat gebied om andere, bijvoorbeeld cosmetische, redenen vallen hier niet onder. Wij zien geen reden waarom bij de laatstbedoelde verrichtingen de cliëntenrechten niet zouden hoeven te gelden en heffen dus die beperking voor dit wetsvoorstel op.

Wij hebben overwogen het mogelijk te maken dat bij amvb deze wet (of een deel daarvan) van toepassing wordt verklaard op werkzaamheden die niet vallen onder het begrip «zorg», maar daar wel verband mee houden, bijvoorbeeld omdat zij (mede) op het gebied van de gezondheidszorg liggen of ten behoeve daarvan worden uitgevoerd. Zo vallen op dit moment ingevolge een uitvoeringsbesluit op grond van de Kwaliteitswet onderdelen van de preventieve zorg en van de maatschappelijke ondersteuning onder de reikwijdte van die wet. Om recht te doen aan het primaat van de formele wetgever, stellen wij een andere weg voor dan die van het van toepassing verklaren door middel van lagere regelgeving. Indien het wenselijk is dat bepalingen van deze wet ook gelden voor werkzaamheden die thans nog niet onder deze wet vallen, zal dat moeten worden geregeld door het (mutatis mutandis) uitschrijven van die bepalingen in de wet waarin die werkzaamheden zijn geregeld. Ook de duidelijkheid is hiermee gediend, omdat dan alle regels betreffende die werkzaamheden in één regeling bijeen staan. Zo brengen wij met de artikelen 78 en 80 artikelteksten inzake klachten en medezeggenschap aan in de Wet kinderopvang en de Wmo. Ook voor het uitzonderen van vormen van zorg van (een deel van) deze wet gaan wij in beginsel uit van het primaat van de formele wetgever.

---

<sup>1</sup> De overheid onderscheidt drie compartimenten in de zorg. Het eerste compartiment bevat de langdurige zorg (care) en de zogeheten onverzekerbare medische risico's. De verstrekking en financiering van deze zorg worden grotendeels geregeld door de overheid via de AWBZ. Het tweede compartiment bevat kortdurende geneeskundige zorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn. Zowel de overheid als de particuliere verzekeraars hebben een rol in de verstrekking en financiering van de zorg in dit compartiment. Het derde compartiment bevat de zorg die niet in het eerste of tweede compartiment is ondergebracht en waarvan de kosten niet worden vergoed in het kader van de AWBZ of de Zvw. Voorbeelden zijn de tandheelkundige hulp voor volwassenen en de alternatieve behandelwijzen.

*Eerste lid, onder b (zorgaanbieder)*

Degene tot wie dit wetsvoorstel zich richt, degene die verantwoordelijk is voor de naleving ervan, is de «zorgaanbieder». Bij het omschrijven van dat begrip in artikel 1, eerste lid, onder b, maken wij, onder andere met het oog op de bepalingen inzake medezeggenschap en goed bestuur, onderscheid tussen het doen verlenen van zorg en het zelf, als solist, verlenen van zorg («éénpitter»). Een zorgaanbieder «doet zorg verlenen»

wanneer de daadwerkelijke zorgverlening plaats vindt op basis van een overeenkomst tussen hem en een of meer derden die voor hem de zorg verlenen. De zorgaanbieder die zorg doet verlenen, kan een natuurlijke persoon zijn of een verband van natuurlijke personen, maar zal vaak een rechtspersoon zijn. Hij kan de zorg doen verlenen door één of meer natuurlijke personen die bij hem in dienst zijn of door derden op een andere titel, bijvoorbeeld op basis van een toelatingsovereenkomst, een samenwerkingsovereenkomst of een overeenkomst van opdracht; zo'n derde kan ook een (andere) rechtspersoon zijn. Wij geven hieronder enige voorbeelden van een zorgaanbieder die zorg doet verlenen:

- a. de ondernemer die een (openbare) huisartsenpraktijk heeft ingericht en voor de bezetting daarvan een huisarts in dienst heeft genomen;
- b. de (eenmans-)BV waarin een arts zijn praktijk heeft ondergebracht en waarbij hij zelf in dienst is getreden;
- c. de apotheker die de cliënten laat bedienen door een of meer apothekersassistenten die bij hem in dienst zijn;
- d. de ondernemer die een kliniek exploiteert en het werk laat doen door meerdere specialisten die als zelfstandige voor hem de zorg verlenen met eventueel een specialistenmaatschap die voor hem de zorg verleent;
- e. het samenwerkingsverband van enkele als zelfstandige werkende fysiotherapeuten;
- f. de maatschap van een aantal specialisten die gezamenlijk een kliniek exploiteren;
- g. de stichting die een kliniek exploiteert en het werk laat doen door meerdere specialisten en een specialisten-BV;
- h. een zorgverzekeraar die ervoor heeft gekozen (een deel van) de verzekerde zorg te doen verlenen door eigen medewerkers.

In al deze gevallen is degene die het werk laat doen, de zorgaanbieder in de zin van artikel 1, eerste lid, onder b, 1°. Het voorbeeld onder d maakt duidelijk dat ook sprake is van «het doen verlenen van zorg» als een natuurlijke persoon een overeenkomst aangaat met andere personen voor het verlenen van zorg.

Als wij hieronder het begrip «instelling» gebruiken, doelen wij op de situaties, genoemd onder c tot en met h; in die gevallen wordt de zorg verleend door meer dan één persoon. Er is in dat geval sprake van een organisatorisch verband waarin de zorg wordt verleend. Dat verband wordt in stand gehouden door de zorgaanbieder, die de zorg in dat verband doet verlenen. Er is ook sprake van een organisatorisch verband als een natuurlijk persoon of rechtspersoon de zorgverlening uitbesteedt aan een natuurlijk of rechtspersoon. Ook in dat geval is sprake van zorg doen verlenen.

Indien de zorgaanbieder die een instelling in stand houdt, een rechtspersoon is, is de rechtspersoon verantwoordelijk voor de naleving van de wet. In de hierboven onder e en f genoemde situaties zijn degenen die het samenwerkingsverband of de maatschap vormen, hoofdelijk op de naleving van de wet aan te spreken.

Zorgaanbieder in de zin van het eerste lid, onder b, 2°, is de natuurlijke persoon die niet behoort tot de hierboven bedoelde personen; hij verleent in persoon zorg, op eigen titel en voor eigen rekening en risico, en heeft zijn praktijk niet in een BV of andere rechtspersoon of in een samenwerkingsverband ondergebracht. Hij is voor het verlenen van zorg in de uitoefening van zijn beroep niet afhankelijk van een samenwerkingsafpraak met een derde.

Een zorgaanbieder is een natuurlijke of rechtspersoon die beroepsmatig zorg verleent of bedrijfsmatig zorg doet verlenen. De eigenaar van een supermarkt die een gewonde klant een pleister verkoopt en behulpzaam is bij het opbrengen, houdt wel een bedrijf in stand, maar de zorg verleent hij niet als zodanig, dat wil zeggen niet bedrijfsmatig; hij valt niet onder dit wetsvoorstel. Een huisarts kan bij zijn werkzaamheden worden ondersteund door een secretaresse. Hij verleent beroepsmatig zorg, maar er is geen sprake van een verband van natuurlijke personen die zorg doen verlenen, want het zijn alleen de werkzaamheden van de huisarts die zijn gericht op het verlenen van zorg. Wanneer de huisarts echter beschikt over een assistent die lichte vormen van zorg verleent, zoals oren uitspuiten, is wel sprake van een verband, want beiden verlenen zij zorg. Dat de assistent is te beschouwen als «de verlengde arm» van de huisarts, doet hieraan niet af: de huisarts verleent zelf zorg en doet zijn assistent eveneens zorg verlenen. Hij verschilt hierin niet van de rechtspersoon die een ziekenhuis in stand houdt en daarin specialisten zorg doet verlenen. Een groepspraktijk van twee fysiotherapeuten, die onderling afspraken moeten maken over bijvoorbeeld de werkverdeling of het gebruik van de praktijkruimte, doet zorg verlenen. Hier zijn de personen die zorg verlenen, nevensgeschikt; beider werkzaamheden zijn gericht op zorgverlening onder één noemer. Zij houden dus gezamenlijk een instelling in stand. Een natuurlijke persoon die een particulier verzorgingshuis exploiteert en daarvoor verzorgend personeel in dienst heeft of inhuint, doet die personen de zorg verlenen en houdt daartoe een instelling in stand. Het bestuur van een rechtspersoon die statutair tot doel heeft verpleeghuiszorg te bieden en daartoe verpleegkundigen in dienst heeft of inhuint, doet hen de zorg verlenen en houdt daartoe een instelling in stand.

Het voorstel verklaart in artikel 1, eerste lid, onder b, 1°, tot zorgaanbieder de natuurlijke persoon of rechtspersoon die zorg doet verlenen. De zorgverlening kan plaats vinden in een daartoe in stand gehouden gebouw, bijvoorbeeld een ziekenhuis. Is er sprake van één ziekenhuis, geëxploiteerd door een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, dan is die natuurlijke persoon of rechtspersoon degene die het ziekenhuis in stand houdt en dus de zorgaanbieder. In de gezondheidssector komt veelvuldig de constructie voor dat één rechtspersoon verschillende zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen of thuiszorginstellingen, bestuurt (lees: in stand houdt). Dat «besturen» bestaat voornamelijk uit de typisch rechtspersonenrechtelijke werkzaamheden: jaarvergadering, jaarverslag, statutenwijziging, etc. Het bestuur van die rechtspersoon houdt zich doorgaans op de achtergrond; het heeft de exploitatie van elk der onderhangende zorginstellingen opgedragen aan een of meer derden die bij de rechtspersoon in dienst zijn als directeur. In dat geval is niet die directeur, maar de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door een instelling in stand te houden, de zorgaanbieder. Daarbij maakt het niet uit of het bestuur van de rechtspersoon als vertegenwoordiger van de rechtspersoon zelf de nodige overeenkomsten met betrekking tot de zorgverlening sluit, zoals die met zorgverzekeraars, of dat dergelijke overeenkomsten voor de rechtspersoon door tussenkomst van zo'n directeur of een ander krachtens volmacht worden gesloten. Indien met behulp van statutaire verbindingen «onder» de overkoepelende rechtspersoon afzonderlijke rechtspersonen zijn belast met het in stand houden van de instellingen<sup>1</sup>, zijn de laatstbedoelde rechtspersonen degenen die de zorg doen verlenen en zijn deze voor de toepassing van deze wet de zorgaanbieders. De taak van de overkoepelende rechtspersoon zou men in dit geval kunnen omschrijven als «het besturen van een bestuur». Daarbij is niet onmogelijk dat in het bestuur van de overkoepelende rechtspersoon dezelfde personen zitting hebben als in het bestuur van de rechtspersoon die daadwerkelijk de zorginstelling in stand

<sup>1</sup> Er is dan sprake van een groep in de zin van artikel 24b van Boek 1 BW.

houdt. Niettemin is dan toch de rechtspersoon die de onderhangende zorginstelling in stand houdt de zorgaanbieder die de cliëntenrechten uit deze wet moet naleven, ongeacht zijn afspraken met of statutaire verplichtingen jegens de overkoepelende rechtspersoon. Dat zou slechts anders zijn indien de overkoepelende rechtspersoon zelf de noodzakelijke overeenkomsten met zorgverzekeraars en cliënten zou sluiten en de onderhangende zorginstellingen inschakelt bij het leveren van zorg op basis van deze overeenkomsten. In dat geval is de onderhangende instelling geen zorgaanbieder.

Zorgaanbieders zonder rechtspersoonlijkheid die zorg doen verlenen en daartoe een instelling in stand houden, worden op het punt van de handhaving van de wet als natuurlijke personen behandeld; degenen die de instelling in stand houden, zijn ieder op de naleving van de wet aan te spreken.

Voor de cliënt is in de praktijk het onderscheid tussen individuele zorgverlening en zorgverlening in instellingsverband niet van belang. Wanneer hij 's ochtends voor een diagnose een vrijgevestigde specialist bezoekt, die hem 's middags in een ziekenhuis opereert, moet de cliënt zich er niet om hoeven te bekommeren of die specialist nu zorgaanbieder is of niet. De cliënt moet niet hoeven na te gaan of en, zo ja, wanneer de specialist voor eigen rekening en risico werkt dan wel in loondienst is bij het ziekenhuis; hij kan hem altijd aanspreken op het (niet) naleven van zijn rechten. Dat laat onverlet dat voor het naleven van die rechten in het ziekenhuis degene die dat ziekenhuis in stand houdt, uiteindelijk verantwoordelijk is; dat is de «zorgaanbieder».

Voor de handhaver van de wet is wel van belang of de zorgaanbieder die hij tegenover zich heeft, individueel zorg verleent of in instellingsverband; er gelden immers voor beide situaties verschillende voorschriften. In het algemeen zal de wetstekst, met de bovenstaande uiteenzetting, de handhaver wel uitsluitend geven over de vraag met wat voor zorgaanbieder hij te maken heeft. Maar er is een «grijs gebied», althans een gebied waarop diensten of dienstverleners voorkomen, waarvan niet op voorhand duidelijk is of die nu wel of niet onder deze wet vallen. Wij gaan daar hieronder verder op in.

Zo rijst de vraag of zorg, ingekocht met behulp van een persoonsgebonden budget (pgb), onder dit wetsvoorstel valt. Wat betreft de zorg zelf, is dit zeker het geval; het gaat hier immers om zorg als omschreven bij of krachtens de AWBZ of de Zvw. Het staat de cliënt echter vrij die zorg te betrekken bij de persoon of instelling die hij verkiest; wellicht is een goedwillende buurvrouw bereid tegen betaling, eventueel op contractbasis, de gevraagde zorg te verlenen. Nu wij in onderdeel b het begrip «zorgaanbieder» uitdrukkelijk voorbehouden aan hen die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen, wordt die buurvrouw, indien de gevraagde zorgverlening niet haar beroep is, niet als zorgaanbieder aangemerkt. Het toezicht op de naleving van de wet door personen die van zorgverlening niet hun beroep of bedrijf maken, inclusief een registratiesysteem als opgenomen in artikel 43, is praktisch niet uitvoerbaar.

Zou een cliënt met een indicatie voor verzorging met een pgb een free-lance-verzorgende («zzp-er», zelfstandige zonder personeel) contracteren, dan is die verzorgende wel zorgaanbieder; het verzorgen is immers zijn of haar beroep. Op grond van artikel 43 van dit wetsvoorstel zal de verzorgende ook in het registratiesysteem worden opgenomen. Instanties die bij zorgverlening zijn betrokken, zijn alleen zorgaanbieder als hun werkzaamheden direct op zorgverlening zijn gericht en zij deze werkzaamheden niet verrichten in opdracht van een zorgaanbieder. De werkzaamheden van de eerdergenoemde «overkoepelende» rechtspersonen zijn doorgaans gericht op het besturen van zorgaanbieders en die van de meeste zorgverzekeraars zijn uitsluitend gericht op het verlenen

van verzekeringsdiensten; op die rechtspersonen rusten niet de verplichtingen van de zorgaanbieders.

Er zijn in Nederland vele «zorggroepen». Dit zijn organisaties die een groot scala aan, vaak eerstelijns, zorg beogen te leveren en daartoe afspraken hebben gemaakt met beroepsbeoefenaars. Indien de beroepsbeoefenaars in juridische zin zelfstandig hun beroep uitoefenen, dat wil zeggen dat zij over de omvang of inhoud van de daadwerkelijke zorgverlening geen samenwerkingsafspraken hebben gemaakt met andere leden van die zorggroep, dan zijn de (afzonderlijke of samenwerkende) beroepsbeoefenaars de zorgaanbieders. De zorggroep dient dan slechts voor hun administratieve ondersteuning. Dit is ook het geval als de beroepsbeoefenaren zich presenteren onder de vlag van de zorggroep en de cliënt (of zijn verzekeraar) een rekening krijgt van de zorggroep. Als een «coördinator» uitsluitend administratieve zaken regelt voor beroepsbeoefenaren, is die coördinator geen zorgaanbieder. Regelt betrokkene bijvoorbeeld ook vervanging, dan is hij wel zorgaanbieder. De partij die met de zorgverzekeraar een contract afsluit voor de levering van zorg in natura, in veel gevallen de hoofdaannemer, is de zorgaanbieder. Deze partij zal er immers niet aan ontkomen om met beroepsbeoefenaren (onderaannemers) afspraken te maken over de inhoud van de zorg. Een vergelijkbare redenering gaat op voor gezondheidscentra, huisartsenposten en bemiddelingsbureaus. In gezondheidscentra werken doorgaans verschillende beroepsbeoefenaren. Indien zij ieder als zelfstandige beroepsbeoefenaar werkzaam zijn, een eigen praktijkruimte hebben en geen onderlinge afspraken hoeven te maken over gemeenschappelijke ruimten voor zorgverlening, is ieder van hen een zorgaanbieder en is er geen sprake van een organisatorisch verband, ook niet als zij de administratie gemeenschappelijk (laten) voeren. Hetzelfde geldt voor huisartsenposten. Zodra er de noodzaak is van onderlinge afspraken over de zorgverlening, bijvoorbeeld over de vraag wie welk dagdeel voor zijn rekening neemt of over het gebruik van een gemeenschappelijke onderzoeksruimte, is sprake van een organisatorisch verband waarop dit wetsvoorstel van toepassing is.

De Zvw staat toe dat verzekeraars zorg doen verlenen door personen die bij hen in dienst zijn. Voor dat deel van zijn werkzaamheden is de verzekeraar zorgaanbieder en zal hij aan deze wet moeten voldoen. Hij verschilt hierin niet van iedere willekeurige onderneming die zorg doet verlenen naast niet-zorggerelateerde werkzaamheden.

Een bureau dat bemiddelt tussen een persoon die zorg nodig heeft en een persoon die zorg kan verlenen, is geen zorgaanbieder als het zich louter tot taak stelt om vrager en verlener bij elkaar te brengen. Dan is zijn doel slechts «bemiddeling»; het bureau doet geen zorg verlenen, maar levert een zorgverlener.

Heeft het bureau met de zorgverzekeraar een overeenkomst gesloten om voor hem zorg in natura te verlenen, dan dient het bureau ook voor continuïteit te zorgen bij ziekte van de zorgverlener en maakt het als opdrachtgever van de zorgverlener die als zelfstandige zonder personeel voor het bureau werkt, met deze afspraken over de inhoud van de zorg. Dan is het bureau als zorgaanbieder te beschouwen, want het doet zorg verlenen. Sluit het bureau geen overeenkomst voor het leveren van zorg in natura, maar zorgt het wel voor continuïteit bij ziekte, dan is het bureau om die reden als zorgaanbieder te beschouwen. Ook een uitzendbureau dat slechts zorgaanbieder en zorgverlener bij elkaar brengt is geen zorgaanbieder.

Ziekenhuizen en andere organisatorische verbanden, zoals thuiszorginstellingen, hebben vaak voor het leveren van delen van de zorg overeenkomsten gesloten (uitbesteed) met derden. Ook hiervoor geldt dat degene die het uitbestedende verband in stand houdt (de hoofdaannemer), zorgaanbieder is. In dergelijke gevallen zal voor de cliënt niet altijd direct duidelijk zijn of de ingeschakelde derde als zorgaanbieder in de zin van

deze wet kan worden aangesproken of dat de »uitbestedende« organisatie als zodanig is te beschouwen. De cliënt hoeft zich dat in de praktijk overigens niet af te vragen. Hij kan, afgaande op de wijze waarop partijen zich presenteren, de derde gewoon aanspreken op de naleving van de wet; indien dat aan de orde is, zal deze uiteraard de zorgaanbieder (de uitbestedende organisatie) daarbij betrekken. Hetzelfde geldt voor academische ziekenhuizen, waarin vaak de verschillende specialismen in «divisies» zijn georganiseerd. In het maatschappelijk verkeer is het nog steeds het academisch ziekenhuis dat de zorg verleent; degene die dat in stand houdt, is zorgaanbieder.

Laboratoria leveren diensten op basis van afspraken met zorgaanbieders. Ook al moet de cliënt, bijvoorbeeld voor het afgeven van bloed, zich tot het laboratorium wenden, dan blijft degene die de cliënt naar het laboratorium verwees, de verantwoordelijke zorgaanbieder. Het onderzoeken van bloed is maar een (uitbested) onderdeel van diens zorg. Er zijn in Nederland verschillende organisaties die bevolkingsonderzoek of preventieve geneeskunde coördineren. De werkzaamheden van deze organisaties bestaan er doorgaans alleen uit, de personen die behoren tot de doelgroep op wie zij zich richten, in contact te brengen met de desbetreffende beroepsbeoefenaars, hoofdzakelijk huisartsen. Het zijn die beroepsbeoefenaars die de eigenlijke zorg verlenen, en zij zijn de zorgaanbieder. Zou zo'n organisatie zelf personen die zorg verlenen, in dienst hebben of inhuren, dan is de organisatie als zorgaanbieder te bestempelen.

Als een huisartsenpost is gevestigd in een ziekenhuis, hangt het van de relatie tussen ziekenhuis en huisartsenpost af, wie zorgaanbieder is. Voor de huisartsenpost op zich geldt wat daarover hierboven is gezegd. Huisartsenzorg hoort niet tot de gebruikelijke «ziekenhuiszorg»; van uitbesteding zal dan ook geen sprake zijn. Maar als de huisartsen in dienst zijn van of ingehuurd zijn door degene die het ziekenhuis in stand houdt, zal de laatste als zorgaanbieder moeten worden aangemerkt; die verleent dan twee vormen van zorg: ziekenhuiszorg en huisartsenzorg. Wie als vrijwilliger zorg verleent, bijvoorbeeld als buddy in een hospice, is zorgaanbieder indien hij of zij die zorg beroepsmatig verleent, ook al wordt er niets voor betaald.

#### *Eerste lid, onder c*

De persoon die zorg behoeft, wordt in verschillende wetten verschillend aangeduid; in de wetten van de «cure-sector» heet hij doorgaans «patiënt», de «care-sector» spreekt vaker van «cliënt». Overwogen is beide begrippen te vervangen door de meer neutrale term «consument», maar die aanduiding wekt te veel associaties met passieve verbruikers van massaproducten, en als zodanig zien wij de zorgvrager niet. Wij hebben besloten in dit wetsvoorstel de term «cliënt» te hanteren. Cliënt is niet alleen degene aan wie zorg wordt verleend, maar ook de persoon die zorg vraagt. Dit onderscheid is met name van belang voor het recht op keuze-informatie; die informatie wordt immers gegeven in het stadium dat de betrokkene nog op zoek is naar de zorgaanbieder van zijn voorkeur.

#### *Tweede lid*

In het tweede lid zonderen wij de collectieve infectieziektebestrijding van deze wet uit, voor zover de daartoe behorende zorgverlening zich niet verdraagt met de rechten die deze wet de cliënt geeft. Collectieve infectieziektebestrijding omvat een breed scala aan handelingen, die er primair op zijn gericht het collectief te beschermen. In dat kader gelden bijzondere verplichtingen en bevoegdheden, met name de soms noodzakelijke isolatie van een cliënt, die zelfs tegen de wil van de cliënt moet worden uitgevoerd. Overigens merken wij op dat (overheids-)

campagnes waarmee de bevolking gewaarschuwd wordt voor bepaalde ziekten, niet onder het begrip «zorg» vallen.

#### *Derde lid*

Gemeentelijke gezondheidsdiensten zorgen niet alleen voor de infectieziektebestrijding, maar verrichten ook andere taken, zoals de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Het zijn gemeenten die op grond van de Wpg zorg moeten dragen voor de instelling en instandhouding van de gezondheidsdiensten. De bepalingen inzake medezeggenschap en goed bestuur, alsmede de verplichting tot verslaglegging daaromtrent (alsmede die inzake de jaarrekening en jaarverslag), zijn niet op deze diensten van toepassing. Het functioneren van deze diensten wordt beoordeeld in het kader van de lokale democratische processen. Voor de duidelijkheid vermelden wij dat de verplichting tot verslaglegging inzake kwaliteit en klachten wel geldt.

#### *Vierde lid*

Voor militaire gezondheidszorg geldt dat de aanbieder daarvan geen privaatrechtelijke rechtspersoon is, geen statuten kent en dat de zorg wordt verleend door ambtenaren, aangesteld door de Minister van Defensie. Die minister verantwoordt zich over het bestuur en de bedrijfsvoering van de militaire gezondheidszorg in het kader van de begroting van zijn ministerie. Het van toepassing laten zijn van de desbetreffende bepalingen van dit wetsvoorstel op die voorzieningen levert geen meerwaarde op; die vorm van zorg wordt dan ook in het vierde lid van artikel 1 uitgezonderd van hoofdstuk 5, paragraaf 2 (goed bestuur) en van artikel 44, voor zover het betreft de verslaglegging omtrent goed bestuur en jaarrekening en jaarverslag. Ook de toepassing van bepalingen inzake het aangesloten zijn bij een geschilleninstantie (artikel 29) en bij een commissie van vertrouwenslieden (artikel 38) is zodanig aangepast voor de aanbieder van militaire gezondheidszorg, dat de operationele taakuitvoering van de krijgsmacht hierdoor niet op ongewenste wijze beïnvloed kan worden.

#### *Vijfde lid*

Onder zorg en diensten, zoals in het eerste lid, onder a, 1°, gedefinieerd, vallen ook activiteiten die weliswaar omschreven zijn bij of krachtens de Zvw of de AWBZ, maar waarbij toepasselijkheid van deze wet niet proportioneel zou zijn, gelet op de eisen die deze wet stelt aan de organisatie en de nalevingskosten die daaraan verbonden zijn. Een deel van de aanbieders van de in dit lid genoemde diensten heeft geen directe zorgrelatie met de cliënt. Zij hebben hoogstens een ondersteunende rol in het zorgverleningsproces. Toepassing van deze wet op deze aanbieders zou geen verbetering van betekenis van de rechtspositie van de cliënt in zijn recht op goede zorg opleveren. Het consumentenrecht is op deze aanbieders vanzelfsprekend wel van toepassing. Het vijfde lid biedt daarom de mogelijkheid om bepaalde vormen van zorg of diensten geheel of gedeeltelijk uit te zonderen van de werking van (delen van) deze wet. Uiteraard heeft dit geen gevolgen voor de aanspraken die op grond van de AWBZ of de Zvw gelden. Omdat de specifieke vormen van zorg niet op het niveau van de formele wet als verzekeringsaanspraak zijn omschreven, hebben wij ruimte moeten scheppen voor het bij lagere regelgeving buiten toepassing verklaren van bepalingen van deze wet. De in het vijfde lid genoemde vormen van zorg zijn hieronder nader beschreven.

#### *Doventolkzorg*

De doventolkzorg is krachtens artikel 6 van de AWBZ omschreven in artikel 12 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het omvat het werk van een doventolk bij het voeren van een gesprek in de leefsituatie. Daarmee

wordt gedoeld op privé-situaties, ter onderscheiding van onderwijs- en arbeidssituaties. Onder privé-situaties valt ook een bezoek aan een arts. De rol die een doventolk daarbij heeft, is louter ondersteunend.

#### *Farmaceutische zorg*

De farmaceutische zorg als omschreven in artikel 10, onder c, van de Zvw wordt voor een groot deel uitgevoerd door apothekers en huisartsen, maar voor een deel ook door drogisten. Apothekers en huisartsen zullen niet uitgezonderd worden van deze wet. Maar toepassing van deze wet op drogisten achten wij niet proportioneel. Op grond van de Geneesmiddelenwet is de categorie geneesmiddelen die drogisten mogen verstrekken, beperkt tot de zogenaamde zelfzorggeneesmiddelen. Op grond van de Geneesmiddelenwet bestaan voor deze geneesmiddelen belangrijke veiligheidswaarborgen voor de consument.

#### *Hulpmiddelenzorg en verstrekking van verpleegartikelen*

De hulpmiddelenzorg en de verstrekking van verpleegartikelen worden gekenmerkt door een grote groep producten met een enorme diversiteit, van hoogtechnologische producten tot betrekkelijk eenvoudige verbruiksartikelen zoals verbandmiddelen en incontinentiemateriaal. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ en het Besluit zorgverzekering is het verstrekken van deze producten nader omschreven, waardoor het leveren van deze producten in beginsel aangemerkt wordt als zorg in de zin van deze wet. In enkele gevallen zou toepasselijkheid van deze wet onnodige nalevingskosten kunnen opleveren voor delen van deze markt waar de reguliere productaansprakelijkheid van de fabrikant of leverancier in principe volstaat en er geen toegevoegde waarde voor de kwaliteit van zorg wordt verwacht.

Overigens zij opgemerkt dat wij niet voornemens zijn de hulpmiddelenzorg die nader is omschreven in artikel 15, aanhef en onder d, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ uit te zonderen van de werking van deze wet. Deze vorm van zorg gaat namelijk altijd gepaard met het verblijf in een instelling en is daarom onlosmakelijk verbonden met de zorg die daar wordt aangeboden.

#### *Vervoer*

In diverse gevallen is bij vervoer slechts sprake van een dienst die er voor zorgt dat een cliënt zorg van een zorgaanbieder kan ontvangen. Voor zover de aanbieders van deze diensten geen directe zorgrelatie met de cliënt hebben en zij hoogstens een ondersteunende rol in het zorgverleningsproces hebben, is toepassing van deze wet niet proportioneel. Overigens is het niet ons voornemen om het ambulancevervoer uit te zonderen van deze wet.

#### *Zesde lid*

Justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden zijn particuliere – en rijksinrichtingen waarin ter beschikking gestelden voor rekening van de Minister van Justitie worden verpleegd. Overeenkomstig de uitzondering vervat in artikel 1 van de Wcmz, is in het zesde lid bepaald dat hoofdstuk 5, paragraaf 1, van deze wet niet geldt voor deze inrichtingen. De reden voor deze uitzondering is gelegen in het feit dat in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden is voorzien in een geheel eigen beheersregime voor deze inrichtingen met inbegrip van een medezeggenschapsregeling.

#### *Zevende lid*

Bij het zevende lid merken wij het volgende op. Het begrip «zorg» is zeer breed; het omvat niet alleen bewerkelijke of ingrijpende behandelingen, met een lange of zelfs in beginsel onbepaalde tijdsduur, maar ook handelingen met een beperkt, zeer specifiek doel: wij noemen als



voorbeelden het verrichten van een medische keuring met het oog op een aanstelling, het sluiten van een levensverzekering of het treffen van een pensioenvoorziening, het verrichten van een onderzoek met het oog op het verkrijgen van een medisch attest of een onderzoek in verband met de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf. Deze wet is van toepassing op de zorg als hiervoor beschreven; immers ook de aanbieders van deze zorg dienen cliëntenrechten na te leven en goede zorg te leveren. Om toename van administratieve lasten en nalevingskosten te voorkomen, zijn de bepalingen inzake keuze-informatie, klachten en geschillen, medezeggenschap, goed bestuur, register van zorgaanbieders en verslaglegging niet van toepassing waar het zorghandelingen op het gebied van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen en de Arbeidsomstandighedenwet betreft. In dit kader wordt opgemerkt dat waar het arbozorg, reïntegratie en claimbeoordeling betreft, reeds nadere voorschriften gelden inzake klachtenbehandeling, goed bestuur en verslaglegging. Zo dienen arbodiensten een klachtenregeling te hebben als voorwaarde voor het wettelijk verplichte certificaat. Reïntegratiebedrijven werken via de stichting Blik op Werk aan zelfregulering voor de branche. Voor de uitvoering van de claimbeoordeling door het UWV zijn nadere eisen vastgelegd en geldt onder meer de Awb. Met deze uitzonderingen worden onnodige lasten voorkomen. Dit laat onverlet dat aan alle eisen inzake kwaliteit, informatie, toestemming, dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer moet worden voldaan. De werkzaamheden die reïntegratiedeskundigen, arbeidsdeskundigen, jobcoaches of werkcoaches verrichten, vallen niet onder het begrip zorg en daarmee niet onder de werking van deze wet.

#### *Achtste lid*

Het achtste lid zondert de zogenoemde alternatieve behandelaars uit van de toepasselijkheid van een groot aantal bepalingen van deze wet. Voor hen gelden alleen de artikelen 5, tweede lid, (zorg die geen schade veroorzaakt), 13 tot en met 17 (keuze-informatie, recht op overleg en toestemming), 19 (het aanleggen van een dossier) en 27 tot en met 30 (klachten en geschillen). Dit betekent dat een deel van de uit de WGBO overgenomen bepalingen zullen gaan gelden voor de aanbieders van alternatieve behandelwijzen, aangevuld met de bepalingen omtrent keuze-informatie en klachten- en geschillenbehandeling.

Zoals in de toelichting op het eerste lid, onderdeel b, uiteengezet, kent dit wetsvoorstel twee soorten zorgaanbieders. Zij (persoon of rechtspersoon) die bedrijfsmatig anderen zorg doen verlenen en de zogenaamde eenpitters (personen die zelf beroepsmatig zorg verlenen, anders dan in het kader van een zorgaanbieder als hiervoor bedoeld).

Als alternatieve behandelaar worden op grond van de eerste volzin uitsluitend beschouwd de eenpitters die andere zorg verlenen dan die welke is omschreven bij of krachtens de AWBZ of de Zvw en die niet behoren tot de categorieën van personen die voldoen aan de voorwaarden om op grond van artikel 3 van de Wet big geregistreerd te kunnen worden als arts, tandarts, apotheker, gezondheidspsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige of verpleegkundige (titelbescherming) of een van de categorieën van personen die een krachtens artikel 34 van de Wet big geregelde of aangewezen opleiding hebben voltooid (opleidingsbescherming). Indien de bedoelde zorg (anders dan omschreven bij of krachtens de AWBZ of de Zvw) wordt verleend door personen die behoren tot de categorieën waarvoor titelbescherming of opleidingsbescherming geldt, is de wet derhalve wel geheel op hen van toepassing.

In de tweede volzin is dezelfde beperking van de toepasselijkheid van de wet geregeld voor de zorgaanbieders die uitsluitend door personen als waarop de eerste volzin van toepassing is, zorg doen verlenen.

### *Negende lid*

In het negende lid is – om onduidelijkheid daaromtrent te voorkomen – expliciet bepaald dat een zorgverzekeraar voor de toepassing van deze wet slechts zorgaanbieder is voor zover hij zorg doet verlenen door natuurlijke personen die bij hem in dienst zijn. Een zorgverzekeraar die met het oog op de nakoming van de door hem gesloten zorgverzekeringen met aanspraak op zorg in natura voor het leveren van die zorg overeenkomsten heeft gesloten met zorgaanbieders in de zin van deze wet, wordt daarmee niet zelf een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, 1°. Hij doet op grond van die overeenkomsten weliswaar zorg verlenen door een of meer natuurlijke personen of rechtspersonen, maar hij doet dat in het kader van het bedrijfsmatig uitoefenen van het zorgverzekeringsbedrijf en niet omdat hij zelf bedrijfsmatig actief is als zorgaanbieder. Alleen wanneer de zorgverzekeraar zorg doet verlenen door eigen medewerkers, is hij zorgaanbieder in de zin van deze wet.

## **Artikel 2**

### *Eerste lid*

Dit wetsvoorstel geeft in een aantal bepalingen rechten aan cliënten jegens de zorgaanbieders. Artikel 2 fungeert als tegenhanger: het de zorgaanbieder de «systeemplicht» op om de voorzieningen te treffen en de afspraken te maken die nodig zijn om te bewerkstelligen dat de cliënt datgene ontvangt waar hij recht op heeft. De zorgaanbieder jegens welke de cliënt bijvoorbeeld recht heeft op goede zorg, is dus verplicht ervoor te zorgen dat aan de cliënt daadwerkelijk goede zorg kan worden verleend. Op de naleving van deze verplichtingen ziet de IGZ toe op de voet van artikel 58.

In de tweede volzin wordt expliciet bepaald dat van de bepalingen van deze wet niet ten nadele van de cliënt kan worden afgeweken.

### *Tweede lid*

Zoals wij hierboven hebben gezegd, gebruiken wij de term «zorgaanbieder» als aanduiding van degene die ervoor verantwoordelijk is dat deze wet wordt nageleefd. Dit kan tevens de persoon zijn die zorg verleent, namelijk wanneer deze individueel, op zelfstandige basis, zijn beroep uitoefent. Wanneer de zorg in instellingsverband wordt verleend, is degene die dat verband in stand houdt en dus de zorg doet verlenen, de zorgaanbieder. Ook in dat geval is het mogelijk dat de zorgaanbieder zelf zorg verleent, maar hij doet dat in een verband met andere personen (natuurlijke personen of rechtspersonen) die hij zorg doet verlenen. Die andere personen kunnen aan hem nevengeschiedt zijn, zij kunnen in zijn dienst staan of op basis van een toelatingscontract of een overeenkomst van opdracht zorg verlenen. Hoe ook hun relatie is, de zorgaanbieder is uiteindelijk verantwoordelijk voor de gang van zaken bij en de kwaliteit van de zorgverlening door die andere personen. De zorgaanbieder heeft daarbij te maken met diverse wettelijke verplichtingen, onder andere op grond van deze wet. Omdat de wet zich tot hem richt, is het aan de zorgaanbieder ervoor te zorgen dat degenen die hij de zorg «doet verlenen» zich ook door die verplichtingen laten leiden. Voor personen in dienstverband »vormt dat dienstverband een voldoende basis voor het geven van aanwijzingen en opdrachten. Voor personen die op basis van een toelatingscontract of een overeenkomst van opdracht werken, liggen de verantwoordelijkheden minder duidelijk. Daarom dragen wij in het tweede lid van artikel 2 de zorgaanbieder op dat hij met die natuurlijke personen of rechtspersonen een zodanige overeenkomst sluit, dat gewaarborgd is dat zij zich laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en door de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. Met deze regels wordt

gedoeld op de regels die gelden binnen het instellingsverband. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop hij deze waarborgen in die overeenkomst vorm geeft. Het zal nodig zijn dat een dergelijke overeenkomst in ieder geval voorziet in de mogelijkheid voor de zorgaanbieder om aanwijzingen te geven van financiële of van organisatorische aard en ter bevordering van de orde en de goede gang van zaken omtrent de uitvoering van de te verlenen zorg en ook dat de zorgaanbieder de overeenkomst kan opzeggen wanneer sprake is van ernstig disfunctioneren. Ook is het dienstig afspraken vast te leggen over het afleggen van verantwoording.

Hoewel die taak al voortvloeit uit de bepalingen waarbij wij de zorgaanbieder verplichtingen opleggen, wensen wij die eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor het geheel van de zorgverlening in instellingsverband te benadrukken, zonder daarmee afbreuk te willen doen aan de, uit de professionele standaard voortvloeiende, eigen verantwoordelijkheid van de persoon die daadwerkelijk zorg verleent. De verplichting een en ander in een overeenkomst met de betrokkenen neer te leggen, doet het meest recht aan die eigen verantwoordelijkheid. Uit de verplichting van het tweede lid vloeit voort dat de IGZ een zorgaanbieder zonodig een aanwijzing kan geven indien de overeenkomst onvoldoende waarborgt dat de zorgaanbieder zijn verantwoordelijkheid voor het naleven van de wet kan waarmaken. In zo'n geval zal de zorgaanbieder moeten bewerkstelligen dat de overeenkomst wordt aangepast. Voorts zal een overeenkomst die onvoldoende waarborgen biedt, kunnen leiden tot aansprakelijkheid van de zorgaanbieder, indien hij terzake toerekenbaar tekort is geschoten.

Het is mogelijk dat de zorgaanbieder bij zijn beleid statutair of contractueel gebonden is aan regels die de overkoepelende rechtspersoon heeft gesteld. Denkbaar is dat die regels het de zorgaanbieder moeilijk maken of zelfs verhinderen om een goede kwaliteit van zorg te verlenen. Dat wij in hoofdstuk 2 de plicht tot het verlenen van goede zorg bij de zorgaanbieder leggen, brengt met zich dat de zorgaanbieder, om aan die plicht te kunnen voldoen, alles wat hem daartoe belemmert, uit de weg zal moeten ruimen, op straffe van een aanwijzing van de minister of een bevel van de IGZ op grond van artikel 60.

In artikel 91 is een overgangsbepaling opgenomen, inhoudende een opschorting van de hierboven omschreven verplichting gedurende een jaar voor bestaande overeenkomsten, mits die geen bepalingen bevatten die afbreuk doen aan de strekking van die verplichting.

Wat betreft de laatste zinsnede met betrekking tot het niet gelden van de eis van schriftelijkheid inzake de arbeidsovereenkomst het volgende. Dit sluit aan bij de bepalingen in het BW met betrekking tot de arbeidsovereenkomst. Dit is een consensuele overeenkomst, hetgeen zoveel wil zeggen dat deze ook mondeling tot stand kan komen. Met dit wetsvoorstel is niet beoogd sectorspecifieke eisen te stellen aan de arbeidsovereenkomst.

#### *Derde lid*

De zorgaanbieder die de zorg doet verlenen door natuurlijke personen of rechtspersonen, zal, voordat hij met hen een overeenkomst aangaat, moeten onderzoeken hoe zij in het verleden hebben gefunctioneerd. Hiermee wordt beoogd te voorkomen dat disfunctionerende zorgverleners, na bijvoorbeeld ontslag of een andere maatregel, hun praktijken bij een andere zorgaanbieder kunnen voortzetten. Indien sprake is van een overeenkomst met een rechtspersoon, kan de benodigde informatie over het functioneren van de natuurlijke personen van wie deze zich van bedient, wellicht ook verkregen worden van die rechtspersoon zelf.

Het ligt voor de hand dat, voor zover van toepassing, in ieder geval het Big-register, het register met tuchtrechtuitspraken of een ander register van de beroepsgroep en voormalige werkgevers worden geraadpleegd.

### **Artikel 3**

Het uitgangspunt van deze wet is dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor wat er gebeurt in zijn instelling. Hij is aansprakelijk voor fouten die in zijn instelling worden gemaakt, mits deze aan hem zijn toe te rekenen. Deze wet sluit niet uit dat een vrijgevestigd specialist een overeenkomst sluit met een cliënt. Wij willen dat, als deze specialist werkzaam is in het kader van bijvoorbeeld een ziekenhuis, het ziekenhuis mede-aansprakelijk is voor tekortkomingen in de zorgverlening door die specialist, zoals dat nu geregeld is in artikel 7:462 BW. Het geval kan zich immers voordoen dat uitsluitend de specialist toerekenbaar tekort is geschoten, en de zorgaanbieder dit in redelijkheid niet heeft kunnen voorkomen. In zo'n geval moet het, evenals thans ingevolge artikel 7:462 BW, toch mogelijk zijn dat de claim bij de zorgaanbieder wordt ingediend en dat de cliënt de zorgaanbieder daarvoor als centraal adres gebruikt. Als de tekortkoming voor rekening van de specialist moet komen, kan het ziekenhuis uiteraard regres nemen. De cliënt staat daarbuiten. Zonder deze bepaling, zou sprake zijn van achteruitgang in de positie van de cliënt. In het BW geldt de mede-aansprakelijkheid slechts voor intramurale zorgaanbieders die geneeskundige behandeling (doen) verrichten. Met dit wetsvoorstel wordt de reikwijdte van de bepaling uitgebreid tot alle zorgaanbieders, dus ook huisartsenposten en aanbieders van extramurale zorg in de care, zoals thuiszorginstellingen.

De zorgaanbieder kan zijn eigen aansprakelijkheid op grond van deze wet niet beperken of uitsluiten. Het ligt voor de hand dat, evenals dit thans ingevolge artikel 7:463 BW het geval is, de mede-aansprakelijkheid evenmin kan worden beperkt of uitgesloten. Ook de specialist die een overeenkomst tot zorgverlening sluit met de cliënt, kan op basis van het tweede lid zijn aansprakelijkheid niet beperken of uitsluiten. Ook als er geen overeenkomst tot stand komt bijvoorbeeld vanwege het spoedeisende karakter van de zorg, moet de mede-aansprakelijkheid van de zorgaanbieder verzekerd zijn. Om die reden is het derde lid opgenomen.

### **Artikel 4**

Artikel 4 stelt regels met betrekking tot betrokkenheid van de wettelijke vertegenwoordigers bij het tot gelding brengen van rechten jegens de zorgaanbieder door of voor bepaalde groepen van jeugdigen en wilsonbekwamen voor wie de wetgever die betrokkenheid noodzakelijk acht. In deze bepaling zijn, mutatis mutandis, de eerste vijf leden van artikel 7:465 BW overgenomen, die aangeven in welke gevallen de zorgaanbieder de verplichtingen jegens een ander moet nakomen in plaats van de cliënt, of naast hem bij de uitvoering van deze artikelen wordt betrokken. Het zesde lid van dat artikel heeft betrekking op het verzet van de cliënt tegen een verrichting van ingrijpende aard. In wezen is verzet het weigeren van toestemming; daarom stellen wij voor dat zesde lid onder te brengen in artikel 17, waar het over de (uitzonderingen op de eis van) toestemming gaat.

In artikel 4 (eerste lid, onder b) hebben wij ook de eerste volzin van het tweede lid van artikel 7:450 BW verwerkt. Die volzin bepaalt dat, indien een cliënt tussen de twaalf en zestien jaar is, niet alleen zijn toestemming voor de zorg moet worden gevraagd, maar ook die van zijn ouders of voogd. Wij zien niet in waarom die medebetrokkenheid zich zou moeten

beperken tot de toestemming, en breiden haar uit tot alle, onder artikel 4 vallende handelingen.

De WGBO kent voor jeugdigen van zestien tot achttien jaar een specifieke bepaling (artikel 7:447), die erop neerkomt dat de toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger niet vereist is voor het aangaan van een behandelingsovereenkomst en de daarmee direct verband houdende rechtshandelingen. Aan een zodanige regeling voor zorg die geen WGBO-zorg is, bestaat geen behoefte nu artikel 4 van geen betrokkenheid van wettelijke vertegenwoordigers eist voor de nakoming door zorgaanbieders van hun verplichtingen jegens de desbetreffende minderjarigen. En naar verwachting zal het niet of zelden voorkomen dat de wettelijke vertegenwoordigers van deze oudere minderjarigen gebruik maken van hun bevoegdheid tot vernietiging van een zonder hun toestemming gesloten overeenkomst tot het verkrijgen van andere zorg dan waar de WGBO op ziet.

De zorgaanbieder heeft in beginsel de toestemming van beide ouders nodig. Indien één van de ouders niet aanwezig is, zal het afhangen van de omstandigheden van het geval welke inspanning de zorgaanbieder moet leveren om met de ontbrekende ouder in contact te treden. Bij ingrijpende handelingen zal deze inspanning groter moeten zijn dan bij niet ingrijpende handelingen.

Rond de daadwerkelijke zorgverlening zijn verschillende situaties te onderscheiden waarin sprake is van een interactie tussen de zorgaanbieder en de cliënt: het geven en bespreken van keuze-informatie, het opstellen en bespreken van een zorgplan, het vragen en geven van toestemming voor de zorg, het uiten en ontvangen van klachten over de zorg, etc. Artikel 4 geeft voor die situaties aan of de wederpartij van de zorgaanbieder bij die interactie de cliënt is dan wel mede of uitsluitend een derde die de cliënt vertegenwoordigt. Wat betreft de klachtenbehandeling, volgt uit artikel 4, in samenhang met artikel 28, dat een klacht kan worden ingediend door de cliënt of degene die hem ingevolge artikel 4 vertegenwoordigt, maar ook door de cliënt die zich, naar zijn mening ten onrechte, ziet vertegenwoordigd, of door degene die, naar zijn mening ten onrechte, niet als vertegenwoordiger is aangemerkt.

Ook al moet ingevolge artikel 4 de zorgaanbieder zijn verplichtingen jegens minderjarigen jonger dan twaalf jaar of jegens wilsonbekwame ouderen nakomen jegens de ouders, voogd, mentor, etc, dit ontslaat hem niet van de verplichting voor zover mogelijk of zinvol ook de cliënt zelf over de zorg te informeren of hem om zijn mening te vragen. De zorgaanbieder moet immers goede zorg verlenen. Dit kan onder omstandigheden zelfs betekenen dat de zorgaanbieder de mening van de minderjarige cliënt zwaarder laat wegen dan die van diens vertegenwoordiger.

De formulering van artikel 4, en daarmee de werkingsfeer ervan, is afwijkend ten opzichte van die van artikel 7:465 BW. Het BW stelt dat de hulpverlener zijn verplichtingen in de genoemde gevallen nakomt of mede nakomt jegens de personen die de cliënt vertegenwoordigen. In artikel 4 geven wij aan jegens wie voor het tot gelding brengen van de cliëntenrechten de zorgaanbieder zijn verplichtingen moet nakomen. Wat wij met de woorden «tot gelding brengen» willen uitdrukken, is dat, wanneer het gaat om handelingen die de eigenlijke zorg ondersteunen, zoals het geven van informatie of van inzage in het dossier, het vragen van toestemming, maar ook de mogelijkheid om een klacht in te dienen of medezeggenschap te verlangen, de zorgaanbieder in die gevallen (ook) te maken heeft met een persoon die krachtens artikel 4 bevoegd is de cliënt in rechte te vertegenwoordigen.

Artikel 4 heeft, anders dan artikel 7:465 BW, ook betrekking op de klachten- en geschillenregeling. Ook inzake dat aspect van de zorgver-

lening moeten ouders, voogden, etc. voor de cliënten die zij vertegenwoordigen, kunnen optreden.

Bij de laatste zinsnede van het tweede lid (inzake het raadplegen van een andere zorgaanbieder) merken wij op dat deze opdracht niet in de WGBO voorkomt, maar wel in overeenstemming is met de gang van zaken bij een therapeutische exceptie (artikel 14, derde lid) en euthanasie.

Onder de wetsartikelen waarnaar artikel 4 verwijst, is artikel 22, dat de cliënt het recht op inzage in het dossier geeft. Het aanleggen van een dossier is een verwerking van persoonsgegevens in de zin van de Wbp. Artikel 8 Wbp eist voor die verwerking onder meer de toestemming van de betrokkene, maar ingevolge artikel 5 Wbp is, indien de betrokkene de leeftijd van zestien jaren nog niet heeft bereikt, de toestemming van zijn wettelijk vertegenwoordiger vereist. In de WGBO wordt echter voor het kunnen opkomen voor zijn rechten de leeftijdsgrens van twaalf jaar gehanteerd; in de toelichting bij de betrokken bepalingen wordt verwezen naar «richtlijnen rechtspositie minderjarigen in de gezondheidszorg» uit 1976. Nu deze leeftijdsgrens al jaren gemeengoed is, zien wij geen reden daar met dit wetsvoorstel van af te wijken. Denkbaar zou zijn dat alleen voor de inzage in het dossier de leeftijdsgrens van de Wbp van zestien jaar wordt gehanteerd, maar dat zou erop neerkomen dat bij de zorgverlening twee leeftijdsgrenzen in acht moeten worden genomen. Voor het overleg plegen over de zorg en het mede geven van toestemming kan de cliënt twaalf jaar zijn, voor het vragen om inzage in het dossier moet hij zestien zijn; dit verschil lijkt ons in de praktijk niet goed werkbaar. In paragraaf 17.1 van het algemeen deel van deze toelichting zijn wij meer in algemene zin op de relatie tussen de Wbp en dit wetsvoorstel ingegaan.

## **Hoofdstuk 2. Goede zorg**

### **Artikel 5**

#### *Eerste lid*

In 1996 is het begrip «verantwoorde zorg» opgenomen in de Nederlandse wetgeving (artikel 2 Kwaliteitswet, artikel 40 Wet big); sinds die tijd vormt het begrip de kwaliteitsnorm voor de zorgverlening door personen en instellingen. Deze norm kwam in de plaats van «500 erkenningseisen» en werd onderbouwd met de stelling dat degenen die in de zorgsector werkzaam zijn, ook zonder precieze wettelijke voorschriften wel weten wat zij moeten doen om de zorg op een aanvaardbaar peil te houden. In de twaalf jaar dat met deze norm is gewerkt, is de juistheid van die stelling gebleken; al in het evaluatierapport van 2001 werd geconstateerd dat men bijna unaniem van mening was «dat de wet een goed kader biedt voor het vormgeven en implementeren van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen, in samenhang met de andere spelers en ontwikkelingen in de regio». De inhoud en reikwijdte van de aanspraak op «goede zorg», welke artikel 5, eerste lid, regelt, impliceert net als het begrip «verantwoorde zorg» dat de zorg in elk geval moet voldoen aan de professionele standaard en ook overigens goed moet zijn.

De WGBO stelt in artikel 7:453 dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht neemt. Evenals het begrip «verantwoorde zorg» is het begrip «goed hulpverlener» een globale norm, die door het veld verder moet (en kan) worden ingevuld. Voor beide begrippen geldt wat de toelichting bij artikel 7:453 BW over de rol van de rechter bij de toetsing ervan heeft gezegd, namelijk dat deze «regels en normen die op het gebied van de hulpverlening in de gezondheidszorg gelden (zal) gebruiken als bouwstenen voor zijn oordeel»<sup>1</sup>. Vervolgens verwees die toelichting ter illustratie naar dezelfde rapporten, protocollen,

<sup>1</sup> Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, pag. 33.

etc, als waarnaar de toelichting van de Kwaliteitswet verwees. Wij stellen voor om in artikel 5, eerste lid, de kwaliteitsnorm van de WGBO van «goed hulpverlener» te gebruiken, vertaald in de norm van «goede zorg». Net als het begrip «hulp van een goed hulpverlener» impliceert de norm, dat zorg moet worden verleend zoals een redelijk bekwaam hulpverlener dat doet. De norm «goede zorg» is in dit wetsvoorstel overigens meer ingevuld dan «verantwoorde zorg» in de Wet big en de Kwaliteitswet en «de zorg van een goed hulpverlener» uit de WGBO. Tegelijk is de formulering van artikel 5, eerste lid, van het wetsvoorstel niet statisch; de inhoud en reikwijdte van de aanspraak verandert met de zich in de praktijk ontwikkelende stand van de wetenschap en normen, eisen en ervaringen uit de kring van beroepsbeoefenaren zelf. Formulering van een zeer concrete norm zou overigens niet goed mogelijk zijn en er mogelijk ook toe leiden dat zorgaanbieders zich tot een minimum zouden beperken.

Dat er sprake is van een dynamische norm, doet niet af aan het feit dat de wettelijke norm uit de aard der zaak gehaald moet worden; het gaat om een resultaatsverplichting. Het resultaat moet zijn dat goede zorg is verleend. Dat is iets anders dan een verplichting om de behandeling succesvol te doen zijn. Voorkomen moet worden dat de indruk ontstaat dat zorgverleners in strijd met de wet zouden handelen louter vanwege het feit dat de behandeling niet tot algeheel herstel van een ziekte heeft geleid. De zorgaanbieder zal zich met al zijn vermogen en overeenkomstig de algemeen aanvaarde norm moeten inzetten. Als hij dat doet, levert hij goede zorg.

Hiermee verdwijnt het begrip «verantwoorde zorg» uit de wet, maar in de praktijk blijft het begrip bruikbaar als kwalificatie van dat deel van de zorg waarvoor in de loop der tijd door veld en IGZ kwaliteitsindicatoren zijn vastgesteld.

De Kwaliteitswet noemt in artikel 2 enkele aspecten van verantwoorde zorg. Wij zien geen aanleiding om ze te schrappen, maar voegen er wel enkele aan toe. Allereerst de veiligheid, waaraan het de laatste jaren nogal eens heeft ontbroken; in veel van de gevallen waarin de norm van «verantwoorde zorg» werd geschonden, bleek sprake van een onveilige situatie. Voorts noemen wij de tijdigheid; de zorgaanbieder zal zich rekenschap moeten geven van de termijn waarop de zorg geboden is. Ook het gebruik van geschikte medische apparatuur maakt onderdeel uit van de verplichting tot het leveren van goede zorg. De zorgaanbieder is dus ook verantwoordelijk voor de wijze waarop hij specifieke medische technologie gebruikt (opleiding, training, toepassing bij de behandeling en onderhoud). De in te zetten medische apparatuur dient veilig en van goede kwaliteit te zijn, waaronder ook wordt begrepen dat de apparatuur goed en systematisch wordt onderhouden.

Ten slotte nemen wij uit het BW de verwijzing naar de «professionele standaard» over om te benadrukken dat de zorgaanbieder een eigen verantwoordelijkheid heeft bij het bepalen wat in het concrete geval «goede zorg» is; het is in de relatie cliënt-zorgaanbieder, zoals in de toelichting bij het opnemen van dit aspect in de WGBO is gezegd, niet een kwestie van «u vraagt, wij draaien»<sup>1</sup>. Dit zou kunnen betekenen dat een zorgaanbieder bepaalde zorg weigert te geven, bijvoorbeeld omdat het gaat om operaties die volgens algemene medische normen onnodig en mogelijk risicovol zijn.

#### *Tweede lid*

In de toelichting op artikel 1, achtste lid, is uiteengezet dat voor aanbieders van alternatieve behandelwijzen slechts een deel van de wettelijke bepalingen geldt. Met dit tweede lid van artikel 5 is voor aanbieders van alternatieve behandelwijzen voorzien in een van het eerste lid afwijkende verplichting wat betreft het leveren van goede zorg. De reden daarvoor is dat voor aanbieders van alternatieve behandelwijzen

<sup>1</sup> Kamerstukken II 1992/93, 21 561, nr. 15, pag. 12.

geen sprake is van professionele standaarden. Desalniettemin is het noodzakelijk een norm te stellen voor de zorg die zij verlenen. De zorgverlening door een dergelijke zorgaanbieder zal in elk geval zodanig moeten zijn dat die niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt. In de formulering is aangesloten bij artikel 96, eerste lid, Wet big. Wordt deze norm geschonden, dan kan de minister de zorgaanbieder op grond van artikel 60, eerste lid, een schriftelijke aanwijzing geven.

Voor de duidelijkheid zij vermeld dat op grond van artikel 1, eerste lid, onderdeel b, alleen als zorgaanbieder worden aangemerkt personen of rechtspersonen die *bedrijfsmatig* zorg doen verlenen of natuurlijke personen die *beroepsmatig* zorg verlenen.

## **Artikel 6**

Een cliënt heeft niet alleen rechten, maar ook verplichtingen. Om goede zorg te kunnen verlenen, is het bijvoorbeeld nodig dat de zorgaanbieder weet of de cliënt bij andere zorgaanbieders onder behandeling is; hij kan dan, zo nodig, zijn zorg op die andere zorg afstemmen. Van de cliënt mag dus worden verwacht dat hij van voor de zorgverlening relevante gegevens mededeling doet, bijvoorbeeld bij het overleg over de te verlenen zorg op grond van artikel 14. Daarom is in artikel 6 een verplichting terzake voor de cliënt geformuleerd. Deze is overgenomen van artikel 7:452 BW en past in een wet die betrekking heeft op de relatie cliënt – zorgaanbieder. Toepassing van het Elektronisch Patiënten Dossier zal het verkrijgen van de nodige informatie overigens vergemakkelijken. Wij zien in het licht van de met het wetsvoorstel beoogde versterking van de positie van de cliënt en de bijzondere aard van de zorgrelatie geen aanleiding nog andere verplichtingen voor de cliënt op te nemen. Ook zonder expliciete wettelijke verplichting in dit wetsvoorstel, mag de zorgaanbieder van de cliënt verwachten dat deze de algemeen geldende omgangsvormen in acht neemt en de zorgaanbieder en voor deze werkzame personen met respect tegemoet treedt. Dergelijke zaken lenen zich ook niet goed voor het opleggen van een wettelijke verplichting. Het wetsvoorstel voorziet niet in expliciete sancties. Dat een gebrek aan medewerking gezondheidsrisico's met zich brengt en tot gevolg kan hebben dat de zorgaanbieder bij onvoldoende medewerking niet dan wel niet naar behoren zijn verplichtingen kan nakomen en daarom niet dan wel verminderd aansprakelijk kan worden gehouden, moet voldoende stimulans zijn om mee te werken. Als de cliënt onvoldoende medewerking geeft, kan de zorgaanbieder mogelijk zijn verplichtingen ook niet (geheel) waarmaken. In dat geval zal hij de cliënt daarop moeten wijzen en kan hij in het uiterste geval op grond van artikel 18 de zorgverlening beëindigen; de zorgaanbieder moet dan wel al het mogelijke doen om te bewerkstelligen dat een andere zorgaanbieder de zorgverlening overneemt. Een gebrek aan medewerking bij de cliënt zal mogelijkerwijs tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder zich met succes verweert tegen acties van de cliënt om hem aan te spreken op de kwaliteit van de zorg.

## **Artikel 7**

In dit artikel is de inhoud van de artikelen 3 van de Kwaliteitswet en 40, eerste lid, van de Wet big samengebracht; beide bepalingen geven de zorgaanbieder, of deze nu zorg verleent op individuele basis of in instellingsverband, opdracht de zorgverlening zodanig in te richten dat goede zorg redelijkerwijs het resultaat is. Die opdracht strekt zich uitdrukkelijk uit over het gebouw waarin de zorgverlening plaatsvindt; dit is met name van belang voor de zorgaanbieders die tot voor kort onder het bouwregime van de Wtzi vielen. Met het schrappen van dat regime is de toetsing van de bouw door het CBZ vooraf vervallen; ook de kwaliteit



van het gebouw valt nu geheel onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, die daarop kan worden aangesproken door de IGZ. Ook strekt deze opdracht zich uit over de personele en materiële middelen. Met personele middelen worden niet alleen de personen die in dienst zijn van de zorgaanbieder bedoeld, maar ook op personen die, bijvoorbeeld op basis van een toelatingscontract of een opdracht, voor een zorgaanbieder werken; te denken valt aan specialisten in een ziekenhuis. Met de woorden «gebruikmaking van de geschikte hulpzaken» willen wij benadrukken dat de zorgaanbieder niet alleen verantwoordelijk is voor de zorg die hij verleent of voor het handelen en nalaten van degenen die hij de zorg doet verlenen, maar ook voor de geschiktheid van de materiële middelen die daarbij worden gebruikt.

Bij het goed organiseren van de zorgverlening in instellingsverband behoort de zorgaanbieder ook aandacht te besteden aan de onderlinge afstemming tussen de verschillende beroepsbeoefenaren. Indien de cliënt, zoals vaak het geval is, te maken heeft met meerdere personen die hem, gelijktijdig of achtereenvolgens, zorg verlenen, ligt het voor de hand dat de betrokken personen hun werkzaamheden op elkaar afstemmen en daarover afspraken maken. Dat wil zeggen dat zij aandacht hebben voor de aansluiting van het eigen werk op dat van hun collega's en letten op de eventuele risico's die voor de zorgverlening en de samenwerking een bedreiging vormen. De beroepsbeoefenaren zullen elkaar daarbij informeren, hun aanpak onderling afstemmen, overleggen waar nodig over het verlenen van de zorg en aandacht geven aan nazorg. De «Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg» van diverse veldpartijen kan zeer behulpzaam zijn bij de invulling van de verplichting met betrekking tot afstemming in de praktijk. Om zijn verantwoordelijkheid voor goede zorg te kunnen waarmaken, dient de zorgaanbieder de zorgverlening zo te organiseren, dat de personen die daadwerkelijk de zorg verlenen, verantwoording afleggen aan de zorgaanbieder. Daarbij is het niet relevant of deze personen in loondienst zijn van de zorgaanbieder of op andere wijze door de zorgaanbieder worden ingeschakeld. Het is onacceptabel als zorgprofessionals weten van (dreigende) misstanden met risico's voor de patiëntenzorg, maar dat niet melden aan het bestuur. Specialisten moeten verantwoording afleggen aan het bestuur over deelname aan het kwaliteitssysteem van de maatschap of vakgroep, medische staf en wetenschappelijke vereniging<sup>1</sup>. Onder het afleggen van verantwoording door specialisten aan het bestuur van een ziekenhuis verstaan wij ook dat de specialisten ervoor zorgen dat het bestuur kennis kan nemen van de conclusies en aanbevelingen van visitatierapporten<sup>2</sup>. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, dus degene die de instelling in stand houdt, de organisatie zó op te zetten, de in de instelling werkende beroepsbeoefenaren zó te instrueren dan wel zodanige afspraken met hen te maken, dat voldaan wordt aan de hierboven globaal omschreven vereisten.

## Artikel 8

Bij wet wordt niet in detail bepaald hoe de zorgaanbieder zorg dient te verlenen. In dit wetsvoorstel is de algemene norm opgenomen voor zorgaanbieders om goede zorg te leveren. Voor wat onder goede zorg en de organisatie van goede zorg moet worden verstaan wordt verwezen naar de toelichting bij de artikelen 5 en 7 van dit wetsvoorstel. Er doen zich soms incidenten voor, die worden veroorzaakt door verkeerd gebruik en gebrekkig onderhoud van medische apparatuur. Dit heeft in november 2008 geleid tot de motie Van Miltenburg/Van der Veen<sup>3</sup>. Met deze motie werd de regering verzocht te komen met wetgeving waarin periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles worden geregeld. In reactie

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 32 012, nr. 1, brief van 9 juli 2009 en 31 700 XVI, nr. 173, brief van 24 juli 2009.

<sup>2</sup> Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit, J. Legemaate, Amsterdam, 12 mei 2009.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 47.

op deze motie is aangekondigd dat onderzocht zou worden of wettelijke vastlegging van een verplichting tot certificering mogelijk is. Ter uitvoering van die toezegging is, mede om geen afbreuk te doen aan de initiatieven van veldpartijen en de wettelijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders voor de kwaliteit van zorg, is in artikel 8, onderdeel a, de mogelijkheid toegevoegd om bij amvb voor aan te wijzen categorieën van zorgaanbieders regels te stellen met betrekking tot het gebruik en periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles van bij die amvb aan te wijzen apparatuur. Daarbij ware te denken aan het opleggen van de verplichting voor de zorgaanbieder om het onderhoud en de veiligheidscontroles slechts te laten uitvoeren door onderhoudsdiensten die aan in redelijkheid te stellen kwaliteitswaarborgen voldoen en ten bewijze daarvan gecertificeerd zijn. Veldpartijen zijn reeds aan de slag met het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid voor onderhoudsdiensten. Op 3 december 2009 is in samenwerking met de IGZ een invitationale conference georganiseerd over het onderwerp onderhoud, waarbij door een grote groep betrokkenen bijdragen zijn geleverd inzake certificering van onderhoudsdiensten. In 2010 zal een vervolgbijeenkomst worden georganiseerd, waarvoor partijen gevraagd is een visiedocument te presenteren en initiatieven aan te dragen.

Evenals bij het opstellen van de Kwaliteitswet, wordt er in dit wetsvoorstel van uitgegaan dat in het veld voldoende duidelijkheid en consensus bestaat over de vraag hoe binnen de verschillende zorgsectoren het werk in grote lijnen georganiseerd moet worden en welke inzet van mensen en middelen nodig is om goede zorg te kunnen verlenen. In twee categorieën van gevallen kan er aanleiding bestaan nadere regels te stellen die de zorgaanbieder bij het uitvoeren geven aan zijn verantwoordelijkheid op grond van artikel 7 in acht moet nemen. In de Kwaliteitswet was in artikel 6 voorzien in de mogelijkheid om bij amvb regels te stellen, met name als vangnet voor de gevallen waarin in bepaalde sectoren de globale normen van de wet onvoldoende invulling krijgen, of deze invulling tot een te laag kwaliteitsniveau leidt. Deze mogelijkheid wordt in artikel 8, onderdeel b, gehandhaafd en zij wordt aangevuld met de bevoegdheid voor de minister om krachtens de maatregel meer technische normen te stellen. Het is overigens onder de Kwaliteitswet niet nodig gebleken een ander dan zeer spaarzaam gebruik te maken van de mogelijkheid tot vaststelling van lagere regelgeving; op de voet van artikel 6 van de Kwaliteitswet zijn slechts twee besluiten vastgesteld: het Besluit kwaliteitseisen ziekenhuisbloedbanken en het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg. Beide besluiten worden bij het intrekken van de Kwaliteitswet gehandhaafd en berusten voortaan op deze wet (zie artikel 64). Het eerstgenoemde besluit is overigens niet vastgesteld omdat het schortte aan de invulling van de norm, maar omdat de implementatie van een richtlijn van de Europese Unie terzake een uitdrukkelijke regeling vereiste. Het tweede besluit, dat op 25 maart 2009 in werking is getreden (Stb. 131), geeft invulling aan het begrip «verantwoorde zorg» op het punt van de bespreking van de te verlenen zorg met cliënten aan wie naar verwachting langdurige AWBZ-zorg, bijvoorbeeld verblijf in een verpleeghuis, zal worden verleend. Daarbij herhalen wij wat in de toelichting bij dat besluit is gesteld: met de plicht tot het bespreken van een op te stellen zorgplan wordt geenszins beoogd een apart, extra dossier of een soort «zorgovereenkomst» te introduceren; het woord «zorgplan» is niet anders dan een samenvatting van een aantal elementen die bij het invullen van het begrip «verantwoord niveau van zorgverlening» een rol moeten spelen. Het is voldoende als die elementen inhoudelijk al in een ander plan of dossier zijn opgenomen en in een bespreking met de cliënt zijn opgesteld; de nadruk ligt, zoals de titel van het besluit al aangeeft, op die bespreking.

## Artikel 9

In dit artikel zijn twee rechten opgenomen, gekoppeld aan een accommodatie waar cliënten gedurende het etmaal verblijven. Ook een cliënt die daar korter verblijft, kan desgewenst een beroep op deze rechten doen. De inhoud van onderdeel a is thans vervat in de laatste volzin van artikel 3 van de Kwaliteitswet, maar uit oogpunt van systematiek en duidelijkheid geven wij de voorkeur aan een afzonderlijke plaats in de wet. Bij de parlementaire behandeling van het voorstel van de Kwaliteitswet sprak de toenmalige minister al haar mening uit dat geestelijke verzorging een geïntegreerd en vanzelfsprekend onderdeel was van een kwalitatief hoogwaardige hulpverlening; dit aspect behoefde niet afzonderlijk te worden genoemd. De Tweede Kamer was echter niet overtuigd en aanvaardde een amendement dat het recht op geestelijke verzorging alsnog een uitdrukkelijke plaats in de wet bezorgde<sup>1</sup>.

Het is overigens niet noodzakelijk dat iedere zorgaanbieder geestelijke verzorgers in vaste dienst heeft; een afspraak dat zij «op afroep» beschikbaar zijn, kan voldoende zijn.

Onderdeel b is een wettelijke neerslag van wat tot nu toe in de beleidsregels op grond van de Wtzi is bepaald en waaraan aanvragen om een toelating worden getoetst. Wij achten het van belang dat bij ingrijpende verandering van de «woonomgeving» van cliënten hun mening daarover wordt gepolst door middel van een leefwensenonderzoek.

## Artikel 10

Hoewel het behoort tot het wezen van het goed organiseren van werkzaamheden om stelselmatig na te gaan of bij de gekozen structuur en inzet van mensen en middelen nog steeds goed werk kan worden verricht, wordt een afzonderlijke bepaling van die strekking in deze wet onmisbaar geacht; het eerste lid van dit artikel is gelijklopend aan artikel 4, eerste lid, van de Kwaliteitswet en artikel 40, tweede lid, van de Wet big.

In het tweede lid wordt, overeenkomstig artikel 4, tweede lid, van de Kwaliteitswet, een aantal organisatorische eisen opgesomd, waaraan een zorgaanbieder ter uitvoering van de plicht tot een systematische kwaliteitsbewaking, -beheersing en -verbetering moet voldoen. De uitwerking daarvan wordt aan de zorgaanbieders overgelaten; zij is sterk afhankelijk van de aard en de omvang van de zorgverlening. Van een academisch ziekenhuis mag een omvangrijker systeem worden verwacht dan van een huisarts of bijvoorbeeld een zelfstandig verloskundige. Het proces van de systematische bewaking zal echter in alle gevallen verlopen volgens dezelfde lijnen als neergelegd in de onderdelen a, b en c.

Het «register», bedoeld in het tweede lid, is de verzamelnaam voor de overzichten en databanken waarin feiten zijn opgeslagen betreffende het zorgproces en eventuele daarop gebaseerde analyserapporten, die beogen inzicht te geven in de kwaliteit van het zorgproces. Veelal zal het gaan om een register binnen een zorginstelling, maar soms ook om registers waaraan meerdere ketenpartners deelnemen (zoals bij perinatale audit) of registers van een zelfstandig werkende beroepsbeoefenaar. De registers dienen om inzicht te geven waarvan men kan leren, maar ook om op basis van geaggregeerde aantallen over geleverde prestaties verantwoording af te leggen. Zo dienen zorgaanbieders op grond van artikel 44 van dit wetsvoorstel jaarlijks verslag te doen van de wijze waarop zij hun verplichtingen inzake de kwaliteit hebben nageleefd; artikel 38 Wmg verplicht zorgaanbieders informatie openbaar te maken over hun prestaties. De registratie vormt de bron voor die informatie. Voor een goed werkend kwaliteitssysteem zijn gegevens over de verleende zorg, waaronder ook de meldingen over incidenten of bijna-incidenten, onontbeerlijk. Om te komen tot een zo groot mogelijk aantal meldingen over de zorgverlening wordt aan de veiligheid van de melder of van

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 1994/95, 23 633, nr. 19.

degene over wie wordt gemeld, grote waarde gehecht. Dit wordt wel het VIM genoemd: veilig incident melden. Zie ook de toelichting bij artikel 11 inzake het systeem van het «veilig-melden».

Ingevolge artikel 45 stelt de minister, onder meer met het oog op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de jaarlijkse verantwoording, nadere regels inzake de wijze waarop gegevens in het kwaliteitsregister worden opgenomen. Betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de verantwoording is niet alleen voor de cliënt van belang; ook de inspectie heeft behoefte aan een uniforme en betrouwbare registratie om zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken. Het hieruit volgende kwaliteitsoordeel van de IGZ is vervolgens voor de NZa op de voet van artikel 19 Wmg de basis voor haar toezicht of de zorgaanbieders voldoen aan de hen bij artikel 38 Wmg opgelegde verplichting tot het openbaar maken van informatie betreffende de prijs/kwaliteitsverhouding.

## Artikel 11

Dit artikel is nieuw; de praktijk maakte de wenselijkheid ervan duidelijk. In 2007 en 2008 zijn er twee rechterlijke uitspraken gedaan, waarin het belang van het «veilig incident melden» is gewogen. De eerste was van de Rechtbank Zwolle in kort geding<sup>1</sup>. De rechter woog in dat geding het belang van de hulpverleners bij een goed functionerend meldings-systeem, waarin hun informatie veilig is, af tegen het belang van eiser bij duidelijkheid omtrent de feiten. De rechter constateerde dat die duidelijkheid er niet was, doordat niet voldaan was aan de dossierplicht. In dat geval woog het belang van de eiser het zwaarst.

De tweede uitspraak was van het gerechtshof te Leeuwarden<sup>2</sup>. Het Hof achtte het vertrouwelijk kunnen melden van incidenten in een ziekenhuis ter voorkoming van herhaling en derhalve ter bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening maatschappelijk van zeer groot belang. Naar zijn oordeel moest onder de gegeven omstandigheden het belang van appellante wijken voor het algemeen belang.

### *Eerste lid*

Bij het op grond van artikel 10 verwerken van gegevens ten behoeve van het kwaliteitssysteem kan het in sommige gevallen noodzakelijk blijken om tot de cliënt herleidbare gegevens betreffende zijn gezondheid te verwerken. Tevens kan het, afhankelijk van hetgeen gemeld is, noodzakelijk blijken persoonsgegevens van een betrokken zorgverlener te verwerken. Het eerste lid van artikel 11 bepaalt dat voor deze verwerking van persoonsgegevens de toestemming van de betrokkene niet vereist is, indien de verwerking noodzakelijk is voor de goede systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het betreft dan gegevens die afkomstig zijn van een interne melding van een incident of een bijna-incident.

Op grond van artikel 8 Wbp, onder f, mogen persoonsgegevens zonder toestemming verwerkt worden indien dit noodzakelijk is voor de behartiging van het gerechtvaardigde belang van de verantwoordelijke of van een derde aan wie de gegevens worden verstrekt, tenzij het belang of de fundamentele rechten en vrijheden van de betrokkene, in het bijzonder het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, prevaleert. Het belang van een goede werking van het genoemde kwaliteitssysteem (ook ten behoeve van de betrokken en toekomstige cliënten) kan volgens ons zonodig zwaarder wegen dan het belang van het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken zorgverlener. Het zorg dragen voor een dergelijk kwaliteitssysteem wordt in artikel 10 immers opgelegd aan de zorgaanbieder met als doel de bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het dient daarmee een zwaarwegend algemeen belang.

<sup>1</sup> 20 december 2007, zaaknummer 138592/KG ZA 07-497.

<sup>2</sup> 9 december 2008, zaaknummer 107.000.627/01 (voorheen 0500424).

Indien gegevens van een cliënt worden verwerkt, zou in beginsel sprake zijn van een op grond van artikel 16 Wbp verboden verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. Een goed werkend kwaliteitssysteem is echter noodzakelijk voor het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de door de verantwoordelijke aangeboden zorg. Hiermee wordt het algemene belang gediend en indirect ook het belang van de betrokken cliënt. Op grond van artikel 21, eerste lid, onder a, van de Wbp geldt daarom niet het verbod van artikel 16 Wbp. Daar wordt namelijk bepaald dat het verbod van artikel 16 niet van toepassing is indien de verwerking geschiedt door hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening voor zover dat met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene, dan wel het beheer van de betrokken instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. Uit de memorie van toelichting bij artikel 21, eerste lid, onder a, van de Wbp blijkt dat met die bepaling het waarborgen van de kwaliteit van de zorg uitdrukkelijk bedoeld is als rechtvaardigingsgrond voor het verwerken van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid<sup>1</sup>.

De eerste zinsnede van het eerste lid legt de zorgaanbieder de plicht op om bij het toepassing geven aan deze bepaling de evenredigheid in acht te nemen: de verwerking van persoonsgegevens zonder toestemming van de betrokkene is alleen toegestaan voor zover het noodzakelijk is voor een goede werking van het register. Voor iedere melding die gedaan wordt, zal afzonderlijk moeten worden afgewogen of het noodzakelijk is persoonsgegevens uit die melding te verwerken in het kwaliteitssysteem. In veel gevallen zal kunnen en dus moeten worden verstaan met geanonimiseerde gegevens. Ook zullen de tot personen herleidbare gegevens niet langer dan noodzakelijk opgenomen mogen blijven in het kwaliteitssysteem. Zo zullen zij vernietigd moeten worden, zodra de toets of de wijze van uitvoering van artikel 7 leidt tot goede zorg (artikel 10, tweede lid, onder b) uitgevoerd is en op basis daarvan is geconcludeerd welke veranderingen uitgevoerd zullen moeten worden (artikel 10, tweede lid, onder c).

Persoonsgegevens van een zorgverlener of een cliënt, die worden verwerkt in het kwaliteitssysteem, worden verkregen van degene die een melding doet. Artikel 34 Wbp bepaalt in beginsel dat de verantwoordelijke de zorgverlener of cliënt dient te informeren over zijn identiteit, het doel van de verwerking en hetgeen nodig is om een behoorlijke en zorgvuldige verwerking te waarborgen, tenzij de betrokkene van deze informatie reeds op de hoogte was. Op grond van artikel 34, vijfde lid, Wbp is deze verplichting echter niet van toepassing als de vastlegging of verstrekking bij of krachtens de wet is voorgeschreven. Daarvan is hier sprake omdat de zorgaanbieder op grond van artikel 11, eerste lid, juncto artikel 10 gehouden is op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg te registreren, waaronder indien noodzakelijk persoonsgegevens. Daarom kan de bedoelde informatieverstrekking achterwege blijven. Zodoende wordt een goede werking van het register gediend, omdat het voorkomt dat een drempel ontstaat voor het doen van een melding. Wel dient de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor het register, de betrokkene op diens verzoek te informeren over het wettelijk voorschrift dat heeft geleid tot de gegevensverwerking.

Ingevolge artikel 35, tweede lid, Wbp kan de betrokkene achteraf op zijn verzoek de informatie krijgen om de keten van gegevensverstrekkingen voor zichzelf te reconstrueren. Een zorgaanbieder zal naar aanleiding van een dergelijk verzoek de betrokkene inzage moeten verlenen, rekening houdend met de omstandigheden van het geval. Dit vergt een afweging door de zorgaanbieder van de betrokken belangen, zoals het belang van de betrokkene bij kennisname van de hem betreffende gegevens en het belang van de zorgaanbieder en de zorg in het algemeen bij het vertrouwelijke karakter van meldingen. Onder omstandigheden kan de belangen-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 1997/98, 25 892, nr. 3, p. 110.

afweging er dan toe leiden dat de informatie in een aangepaste vorm ter beschikking wordt gesteld of wellicht dat deze met een beroep op artikel 43, onder e, van de Wbp niet zal kunnen plaatsvinden. Beoordeling behoort voor ieder afzonderlijk geval plaats te vinden. Artikel 43 Wbp biedt namelijk geen grondslag voor systematische informatieverstrekking, maar ook niet voor het systematisch niet verstrekken van informatie.

#### *Tweede lid*

Het tweede lid bevat een voorziening die ertoe strekt dat de gegevens over de verleende zorg, die de zorgaanbieder gebruikt ten behoeve van zijn kwaliteitssysteem en daarmee ter verbetering van de kwaliteit van zorg in het algemeen, in beginsel niet ten nadele van de betrokkenen, met name de zorgverleners, kunnen worden gebruikt. Daaronder worden overigens niet verstaan de gemaakte analyses van die gegevens. Voor een goed werkend kwaliteitssysteem zijn gegevens over de verleende zorg, waaronder ook de meldingen over incidenten of bijna-incidenten, onontbeerlijk (VIM). Om te komen tot een zo groot mogelijk aantal meldingen over de zorgverlening, wordt aan de veiligheid van de melder of van degene over wie wordt gemeld, grote waarde gehecht. Wij wijzen er met nadruk op dat de bescherming van het tweede lid, alleen geldt voor de gegevens die op basis van een melding worden ingevoerd in het register, ongeacht of de melder degene is die het incident zelf heeft veroorzaakt of er enkel getuige van was. Geaggregeerde informatie, afgeleid uit de basisgegevens, waarbij geen sprake is van herleidbaarheid tot een betrokken zorgverlener of cliënt, wordt hier niet toe gerekend. Evenmin geldt de bescherming voor informatie over het functioneren van het kwaliteitssysteem zelf. Voor cliënt en IGZ moet zichtbaar zijn of een zorgaanbieder werkt met een functionerend kwaliteitssysteem.

Ingevolge het tweede lid mogen gegevens uit de registers niet worden gebruikt voor het nemen van maatregelen tegen betrokkenen bij een incident, behalve wanneer het een calamiteit of seksueel misbruik betreft (zie ook artikel 12). Dit is zowel voor toezichthouders als voor werkgevers van belang; achten zij na constatering van feiten in het kwaliteitssysteem maatregelen gewenst, dan zullen zij daarvoor door middel van een eigen onderzoek de benodigde bewijzen dienen te verkrijgen. Breed wordt aanvaard, met name ook in Aanbeveling Rec(2006)7 van de Raad van Europa van 24 mei 2006, dat het belang van goed functionerende kwaliteitssystemen in de zorg de bescherming als bedoeld in artikel 11, tweede lid, rechtvaardigt. Dit sluit ook aan bij de bestaande praktijk, nu de IGZ uit eigen beweging al heeft besloten geen gegevens op te vragen van incidenten en bijna-incidenten uit de registers van zorgaanbieders, om de effectiviteit van deze registers niet in gevaar te brengen.

Wanneer sprake is van een vermoeden van een strafbaar feit en de gegevens kunnen redelijkerwijs niet op een andere manier worden verkregen, dient het Openbaar Ministerie de gegevens zoals die zijn opgenomen in de registers van het kwaliteitssysteem wel te kunnen inzien. Hierbij wordt uiteraard het verschoningsrecht in acht genomen (zie toelichting bij artikel 24). De belangenafweging die in dit kader dient plaats te vinden, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Het belang van de effectiviteit van het «veilig incident melden-systeem» zal steeds zorgvuldig afgewogen moeten worden tegen het maatschappelijke, strafvorderlijke belang.

In dit verband is het goed te wijzen op de artikelen 12 en 21; die artikelen bevatten een meldingsverplichting en geven dus de geadresseerden (IGZ respectievelijk cliënt) een recht op informatie waaraan bovengenoemde bescherming van gegevens geen afbreuk doet. Ingevolge artikel 12 dient de zorgaanbieder calamiteiten te melden aan de IGZ. De gegevens inzake die calamiteit komen uiteraard ook, ter lering, in het kwaliteitsregister van artikel 10 terecht. Hetzelfde geldt voor de mededeling van incidenten aan

de cliënt ingevolge artikel 21: de op het incident betrekking hebbende gegevens komen, behalve in de mededeling en in het dossier, tevens in het kwaliteitssysteem terecht. En indien het incident een calamiteit betreft, wordt het gemeld aan de IGZ ingevolge artikel 12.

Een voorbeeld van informatie die in het kwaliteitsregister moet zijn opgenomen, maar die niet thuishoort in een dossier van een cliënt: een operatie-assistent grijpt een instrument en merkt bijtijds dat hij het verkeerde instrument in handen heeft en verruilt het alsnog voor het goede. Als deze situatie zich vaker voordoet, kan sprake zijn van een structurele fout; door de instrumenten in een andere volgorde klaar te leggen, zou misgrijpen niet hoeven voor te komen. De fout heeft niet geleid tot een incident en hoeft dus niet in het dossier van de cliënt te worden opgenomen, maar behoort wel ter lering aan het kwaliteitssysteem te worden gemeld. Voor een dergelijke melding geldt de bescherming van artikel 11, tweede lid.

#### *Derde lid*

Een juridische bescherming als bedoeld in het tweede lid van artikel 11 is niet voldoende. Indien de gegevens over incidenten en bijna-incidenten in het register namelijk openbaar zijn, kan eenieder deze opvragen en via de pers wereldkundig maken. Zo'n publicatie kan tot nog grotere schade leiden dan een juridische procedure. Met het oog op publieke instanties als de academische ziekenhuizen en de GGD'en bepaalt het derde lid van artikel 11 daarom dat de gegevens over incidenten en bijna-incidenten, zoals opgenomen in de registers van het kwaliteitssysteem, niet openbaar zijn. De IGZ heeft als toezichthouder wel toegang tot de gegevens, maar is ingevolge artikel 2:5 Awb gebonden aan een geheimhoudingsplicht en heeft bovendien aangegeven het register van incidenten en bijna-incidenten niet te raadplegen.

#### *Vierde lid*

De verantwoordelijke in de zin van artikel 1, onder d, van de Wbp heeft enkele belangrijke, concrete verplichtingen op grond van die wet. Wie als verantwoordelijke heeft te gelden, kan blijken uit de feitelijke omstandigheden. Het is echter ook mogelijk de verantwoordelijke in de wet expliciet aan te wijzen. Om geen twijfel te laten bestaan over wie de verantwoordelijke is, wordt de zorgaanbieder die zorgdraagt voor het in artikel 10, tweede lid, bedoelde register, aangewezen als de verantwoordelijke.

## **Artikel 12**

Dit artikel is in 2005 in de Kwaliteitswet ingevoegd als artikel 4a; overbrenging naar dit wetsvoorstel is wenselijk. Volgens de memorie van toelichting bij de desbetreffende wijzigingswet bevat de omschrijving van «calamiteit» de volgende elementen:

«1. Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, de dood van of ernstige schade voor een patiënt tot gevolg hebbend.  
2. De gebeurtenis heeft betrekking op de kwaliteit van de zorgverlening. Dit element geeft aan dat het moet gaan om een gebeurtenis op het gebied waarop de zorgaanbieder ingevolge artikel 3 van de Kwaliteitswet (in dit wetsvoorstel: artikel 7) zich moet inspannen om te bereiken dat de zorg die hij verleent, verantwoord is. Dit element verwijst daarmee impliciet naar het kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder: een calamiteit is een gebeurtenis die door een goed gestructureerd en goed functionerend kwaliteitssysteem zou moeten worden voorkómen. (...) Het doel van de melding is (...) om het disfunctioneren van het kwaliteitssysteem op te sporen teneinde dat te kunnen verbeteren»<sup>1</sup>.  
Onder seksueel misbruik verstaat de memorie van toelichting «grensoverschrijdend seksueel gedrag, waarbij sprake is van lichamelijk, relationeel of geestelijk overwicht en waarbij een patiënt of cliënt dan wel een

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2001/02, 28 489, nr. 3.

hulpverlener is betrokken, uitgezonderd hulpverleners onderling». In de voorgestelde tekst laten wij het woord «hulpverlener» weg; het gaat erom dat er bij het misbruik een cliënt is betrokken. Door wie het plaats vindt, is dan niet meer relevant.

De verplichte melding van calamiteiten aan de IGZ dient het handhavingsbeleid van de IGZ en is daarmee van geheel andere aard dan het in artikel 11 bedoelde «veilig incident melden-systeem». Het doel van die registratie is de kwaliteit van de zorg te peilen, te handhaven en zo nodig te verbeteren. In die registratie worden niet alleen de «productiecijfers» opgenomen; het is de bedoeling dat medewerkers ook van onregelmatigheden bij de zorg in die registratie melding doen. Een medicatiefout bijvoorbeeld behoort in een goed functionerend kwaliteits- of veiligheidsmanagementsysteem door de medewerker te worden gemeld ten behoeve van het kwaliteitsregister teneinde verbetering in het zorgproces aan te brengen en herhaling te voorkomen. Het gaat daarbij in principe om alle soorten incidenten en bijna-incidenten. Indien ten gevolge van die medicatiefout de cliënt ernstige schade heeft opgelopen, dient de zorgaanbieder op basis van artikel 12 deze fout ook bij de IGZ te melden. De IGZ verzoekt de zorgaanbieder vervolgens een feitenonderzoek naar de calamiteit te doen of verricht zelf onderzoek en bekijkt hoe de handhaving verder moet worden ingericht om doelgericht tot verbetering te komen van de zorg. Daarbij kunnen, indien nodig, straffe middelen worden ingezet. Een melding binnen het kwaliteitssysteem ontheft de zorgaanbieder dus nimmer van de verplichting om een calamiteit te melden aan de IGZ. Ook laat een melding wettelijke verplichtingen tot het doen van aangifte van strafbare feiten onverlet. Een niet-natuurlijke dood moet worden gemeld bij de gemeentelijke lijkschouwer.

### **Hoofdstuk 3. Informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer**

De bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst zijn onderdeel van Titel 7 van Boek 7 Burgerlijk Wetboek. Zij zijn in de jaren negentig van de vorige eeuw vastgesteld ter versterking van de positie van de patiënt in de zorg. De wetgever heeft toen gekozen voor het regelen van de rechten bij geneeskundige behandeling als onderwerp van een bijzondere overeenkomst tussen patiënt en hulpverlener. Door de omschrijving van het begrip «geneeskundige behandeling» in artikel 7:446 BW is de werkingssfeer van de WGBO beperkt tot – in hoofdzaak – de «cure». In dit wetsvoorstel is de reikwijdte van de cliëntenrechten gekoppeld aan het ruime begrip «zorg» van artikel 1, waardoor ook de «care» eronder valt.

In hoofdstuk 3 is het merendeel van de betrokken bepalingen van de WGBO mutatis mutandis bijeengebracht, aangevuld met enkele noodzakelijk geachte artikelen (17, eerste lid, 18 en 21). In de als bijlage 1 bij deze toelichting gevoegde transponeringstabel is aangegeven in welke bepalingen de verschillende WGBO-bepalingen terugkeren. Samen met de overige bepalingen van de WGBO, die met de onderhavige wet overbodig zijn geworden, worden zij in artikel 84 ingetrokken.

#### *Paragraaf 1. Informatie en toestemming*

Met het in één paragraaf onderbrengen van het recht van de cliënt op informatie en het recht dat alleen zorg wordt verleend waarvoor hij toestemming heeft gegeven, geven wij uitdrukking aan de algemeen gehanteerde eis van «informed consent». De cliënt krijgt uitsluitend zorg waarvoor hij toestemming heeft gegeven, en er kan niet van hem worden verwacht dat hij weloverwogen toestemming geeft voor zorgverlening als hij niet weet wat die inhoudt; de rechten op toestemming en informatie



horen bij elkaar. Overigens blijkt in de praktijk dat voldoende informatie de kwaliteit en het resultaat van de zorgverlening vergroot door een betere medewerking van de cliënt.

### **Artikel 13**

Ingevolge dit artikel geeft de zorgaanbieder bij wie de cliënt met een zorgvraag komt, op diens verzoek informatie over de zorg die hij zou kunnen verlenen, de kwaliteit daarvan, wat daarvoor zijn tarief is en wat de ervaringen van andere cliënten zijn. Het is de informatie die de zorgaanbieder toch al openbaar behoort te maken op grond van artikel 38, derde lid (voorheen vierde), Wmg, en die dus in beginsel voor de cliënt kenbaar is, maar het kan zijn dat deze de informatie meer wil zien toegespitst op zijn zorgvraag. De bedoeling van deze bepaling is dat de cliënt informatie krijgt die hij kan vergelijken met informatie van andere zorgaanbieders, zodat hij op grond daarvan een keus kan maken. Bij die keus kan ook de wachttijd, waarover de zorgaanbieder de cliënt informeert, een rol spelen. Met het oog onder meer op die vergelijkbaarheid stelt de minister op grond van artikel 45 regels inzake de wijze van deze informatieverstrekking.

Bij informatie over de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid moet niet worden gedacht aan een doorwrocht wetenschappelijk betoog; verwijzing naar een richtlijn of een website kan al voldoende zijn.

De zorgaanbieder verschafft de cliënt ingevolge het tweede lid op zijn verzoek ook informatie over de rechten die uit deze wet voortvloeien; daarbij kan worden ingegaan op eventuele rechten op grond van een overeenkomst en op de relatie tussen die twee soorten rechten.

De ingevolge dit artikel te geven «keuze-informatie» hangt uiteraard samen met de vrijheid van keuze van zorgaanbieder die de cliënt heeft; zie daarover paragraaf 2.2 van het algemene deel van deze toelichting.

### **Artikel 14**

Heeft de cliënt op grond van de ingevolge artikel 13 verkregen informatie gekozen voor een bepaalde zorgaanbieder, dan dient deze met hem uitvoerig overleg te plegen over de mogelijk daadwerkelijk te verlenen zorg. Artikel 7:448 BW geeft de cliënt het recht op informatie. Dit suggereert eenrichtingsverkeer van de zorgverlener naar de cliënt; wij vinden dat niet passen in een wetsvoorstel dat beoogt de positie van de cliënt te versterken. Bij de toelichting op artikel 8 wezen wij al op het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg, dat, ter invulling van de norm van verantwoorde zorg, een bespreking van het zorgplan verplicht stelt. Wij zien geen reden om zo'n bespreking voor te behouden aan AWBZ-zorg; integendeel, voor iedere vorm van aangeboden zorg behoort te gelden dat de cliënt er zijn mening over mag geven en dat zorgaanbieder en cliënt het samen eens worden over welke zorg het beste past bij de situatie waarin de cliënt zich bevindt. Bovendien kunnen in een overleg de onderlinge verwachtingen van zorgaanbieder en cliënt op elkaar worden afgestemd; de cliënt kan vragen wat de zorg inhoudt, de zorgaanbieder kan aangeven wat hij verwacht van de cliënt. Wij verwijzen in dit verband naar artikel 6, dat de cliënt verplicht tot het geven van de nodige inlichtingen en medewerking. Door zijn informatie over de zorg te onderbouwen, kan de zorgaanbieder bevorderen dat de cliënt afspraken nakomt of de voor een herstel noodzakelijke veranderingen in zijn leefstijl aanbrengt.

### *Eerste lid*

Artikel 14 eist van de zorgaanbieder dat hij met de cliënt overleg pleegt over diens gezondheidstoestand, de daarmee samenhangende behoefte aan zorg en de vorm of vormen van zorg die mogelijk is of zijn. Ook de inhoud van de mogelijke zorg moet daarbij aan bod komen, de wijze waarop deze wordt verleend («zorgplan»), de verwachte tijdsduur van eventuele verrichtingen, alsmede de gevolgen van de zorgverlening voor de gezondheidstoestand. Het kan immers zijn dat de cliënt verwacht na een operatie weer «alles te kunnen», terwijl hij in feite zal moeten leren leven met een beperking.

De wijze waarop de zorgaanbieder de voor het overleg noodzakelijke informatie geeft, hangt samen met de aard van de zorg; belangrijke informatie behoort in een persoonlijk onderhoud met de cliënt aan de orde te komen. Voor een overleg over de opname in een verzorgings- of verpleeghuis kan niet met een telefoontje worden volstaan. Indien de cliënt dat wenst, kan hij vragen om informatie op schrift.

Artikel 7:448 BW verplicht de zorgaanbieder alleen bij patiënten die jonger zijn dan twaalf jaar, bij het geven van informatie rekening te houden met het bevattingvermogen van de patiënt. In dit wetsvoorstel wordt deze plicht uitgebreid: de zorgaanbieder moet zich bij iedere cliënt (of diens vertegenwoordiger, zie artikel 4) rekenschap geven van diens bevattingvermogen. Per slot van rekening zijn volwassenen bijvoorbeeld niet altijd de Nederlandse taal voldoende machtig.

De informatie moet duidelijk zijn, wat niet alleen betekent dat informatie in voor de cliënt begrijpelijke bewoordingen wordt gegeven, maar ook op een wijze die rekening houdt met fysieke beperkingen, zoals doof- of blindheid. Het staat de zorgaanbieder overigens vrij, invulling te geven aan deze verplichtingen door de cliënten in categorieën in te delen en de informatie per categorie enigszins te standaardiseren.

De informatie mag de cliënt niet in een bepaalde richting sturen of onder druk zetten, omdat het dan bij verschillende mogelijkheden in feite de zorgaanbieder zou zijn die voor een bepaalde vorm van zorg kiest, en niet de cliënt.

Het overleg over de zorg moet tijdig plaatsvinden. Dit betekent dat de cliënt er op een zodanig tijdstip bij moet worden betrokken dat hij nog de mogelijkheid heeft om over het al dan niet toestemming geven voor de zorg na te denken. Dit vereiste volgt uit de jurisprudentie. Op welk moment het overleg plaats vindt, zal afhangen van de omstandigheden. Sommige inlichtingen kunnen direct bij het eerste consult worden gegeven, andere inlichtingen pas wanneer de zorgaanbieder meer inzicht heeft in de verrichtingen die concreet moeten plaatsvinden.

De informatieplicht beperkt zich niet tot het moment waarop de zorg nog moet worden verleend; ook tijdens het proces kan informatie nuttig zijn, bijvoorbeeld over de voortgang, over onverwachte ingrepen of over het mogelijk niet onder de verzekering vallen van bepaalde handelingen. In dit verband wijzen wij op het systeem van de Diagnose behandeling combinatie (DBC). Met name bij de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is niet altijd op voorhand duidelijk welke DBC bij de cliënt past. Er wordt bij de «intake» een DBC geopend, en pas in het vervolgtraject blijkt of dat de passende is. Het verdient aanbeveling dat de zorgaanbieder bij het overleg op grond van artikel 14 aan deze gang van zaken aandacht besteedt, zodat de cliënt niet op het verkeerde been wordt gezet.

Voor de aansprakelijkheid van de zorgverlener is van belang of er sprake is van een verband tussen het geven van inadequate informatie en de schade die de cliënt – in het voorkomend geval – beweert te hebben geleden. In jurisprudentie bij artikel 7:448 BW is aanvaard dat van de arts die voor een fout aansprakelijk is gesteld en die de stellingen van de cliënt

betwist, kan worden verlangd dat hij voldoende feitelijke gegevens verstrekt ter motivering van die betwisting, zodat de cliënt bij de bewijsvoering niet met lege handen staat. Er is geen reden om aan te nemen dat deze medewerkingsplicht niet zou gelden bij artikel 14. Dit betekent dat, indien de zorgaanbieder onvoldoende feitelijke gegevens op tafel legt, daarmee de bewijslast en het bewijsrisico bij hem wordt gelegd.

#### *Tweede lid*

Het tweede lid geeft aan dat de zorgaanbieder zich bij zijn informatieplicht moet laten leiden door hetgeen de cliënt redelijkerwijs dient te weten ten aanzien van vier aspecten:

- aard en doel van te verlenen zorg en van de uit te voeren handelingen,
- te verwachten gevolgen en risico's,
- andere vormen van zorg die in aanmerking komen, en
- de staat van en vooruitzichten met betrekking tot de gezondheid in relatie tot de te verlenen zorg.

Welke informatie cliënten in het concrete geval moeten krijgen, zal afhangen van de omstandigheden van het geval; dit komt tot uitdrukking in het woord «redelijkerwijs». Het overleg met cliënten heeft bij eenvoudige, weinig ingrijpende vormen van zorg of bij veel voorkomende behandelingen een andere betekenis en hoeft dientengevolge ook minder of zelfs geen extra tijd te kosten, dan het geval is bij gecompliceerde behandelingen waaraan voor de patiënt grote gevolgen zijn verbonden, of bij opname ter langdurige verzorging en verpleging. Voor dit gesprek over de risicobeoordeling geldt, dat naarmate de ernst van het risico of de ingrijpendheid toeneemt, aan het overleg en de informatieplicht hogere eisen worden gesteld. Maar daarbij hoeft niet elk denkbaar risico te worden vermeld en hoeven vormen van zorg die niet geschikt zijn, niet te worden besproken. De informatieplicht zal, met name op het punt van de risico's, in omvang toenemen naarmate het gaat om medisch niet of minder noodzakelijke ingrepen, zoals het geval is bij cosmetische behandelingen. Het recht op overleg over de risico's betekent echter niet dat de zorgaanbieder gehouden is om de cliënt alle inlichtingen over alle mogelijke ontwikkelingen te verstrekken. Het is niet de bedoeling dat de cliënt nodeloos ongerust wordt gemaakt, hetgeen er toe zou kunnen leiden dat de cliënt afziet van behandeling. Indien sprake is van een behandelmethode die nog niet algemeen wetenschappelijk is aanvaard, moet dit aan de cliënt worden medegedeeld. Voor aanbieders van alternatieve behandelwijzen betekent dit dat zij hun cliënten moeten informeren over de beperkingen en over het alternatieve karakter van hun therapie.

In beginsel is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het verstrekken van de informatie die aan het overleg ten grondslag ligt, maar hij hoeft die niet altijd zelf te geven. Veel informatie is beschikbaar in de vorm van algemene brochures die door de zorgaanbieder ter beschikking worden gesteld.

#### *Derde lid*

Het derde lid geeft de mogelijkheid van een «therapeutische exceptie»; deze is overgenomen uit artikel 7:448, derde lid, BW. De therapeutische exceptie is een uitzondering op de hoofdregel dat informatie aan de cliënt dient te worden gegeven. Indien de informatie kennelijk ernstig nadeel voor de cliënt met zich brengt, hoeft de zorgaanbieder de cliënt niet in te lichten. Er is geen aanleiding om deze bepaling inhoudelijk aan te passen. Bij de invoering van de WGBO had de regering voor ogen dat slechts in uitzonderlijke gevallen gebruik zal worden gemaakt van deze uitzondering. Uit de evaluatie van de WGBO<sup>1</sup> volgt dat de therapeutische exceptie in de praktijk inderdaad niet veel wordt toegepast. Werd in vroeger tijden zwaar beladen informatie relatief snel onder deze exceptie gebracht, heden ten

---

<sup>1</sup> Evaluatie WGBO pag. 33.

dage lijkt de praktijk in overeenstemming met de bedoeling van de wetgever: een zeer terughoudend gebruik. Wel wordt gebruik gemaakt van mogelijkheden van dosering en «verpakking» van de informatie. De spaarzame uitspraken over dit onderwerp getuigen dat in de praktijk zorgaanbieders weinig gebruik van deze uitzondering maken.

### **Artikel 15**

Onderdeel van het recht op informatie is het recht van de cliënt om geen informatie te ontvangen. Indien de cliënt te kennen geeft dat hij geen inlichtingen wil ontvangen, dient de zorgaanbieder deze wens in beginsel te respecteren en blijft het verstrekken van informatie achterwege; de zorgaanbieder doet er verstandig aan hiervan aantekening te maken in het dossier. Deze bepaling is gelijklopend aan artikel 7:449 BW. Het recht op niet weten is een fundamenteel recht van de cliënt, maar er zijn gevallen waarin het belang van mededeling overweegt. Zo kan het nodig zijn dat de cliënt weet dat zijn ziekte zijn rijvaardigheid nadelig beïnvloedt. Ook kan het voorkomen dat de ziekte op grond van andere wettelijke bepalingen tot maatregelen noopt, bijvoorbeeld tot afzondering bij een infectieziekte. De cliënt zal dan moeten weten waarom die maatregelen worden genomen. Er is geen aanleiding om dit recht in dit wetsvoorstel naar zijn inhoud te wijzigen. Uit de evaluatie van de WGBO volgt dat in de praktijk het recht op niet weten geen belangrijk issue is. Chronisch zieken geven aan wel eens van het recht op niet-weten gebruik te maken<sup>1</sup>. Jurisprudentie over dit recht is dan ook schaars.

### **Artikel 16**

#### *Eerste lid*

Artikel 7:450 BW bepaalt dat voor verrichtingen de toestemming van de patiënt is vereist. In artikel 16, eerste lid, nemen wij dat vereiste over.

#### *Tweede lid*

De toestemming hoeft echter niet altijd uitdrukkelijk te worden gegeven; zij kan soms worden verondersteld. Artikel 16, tweede lid, de opvolger van artikel 7:466, tweede lid, BW, geeft aan wanneer dat het geval is: de toestemming mag worden verondersteld te zijn gegeven indien de zorgverlening niet ingrijpend van aard is. Daarbij moet gekeken worden naar de aard van de verrichting, maar ook naar het beoogde doel en het gevolg. Ingrijpendheid is een subjectief begrip; het is uiteindelijk de beleving van de cliënt die de doorslag geeft. Een kleine ingreep kan grote gevolgen hebben.

#### *Derde lid*

Het derde lid heeft betrekking op de situatie dat snel ingrijpen nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen en de tijd om toestemming te vragen ontbreekt, bijvoorbeeld omdat de cliënt in coma of bewusteloos is. Wij zijn van mening dat in zo'n geval in beginsel zorg mag worden verleend zonder die toestemming; deze zal doorgaans achteraf alsnog wel worden gegeven. Anders ligt dit wanneer de betrokken cliënt op enigerlei kenbare wijze te kennen geeft, de desbetreffende vorm van zorg niet te wensen. In dit verband wijzen wij op de behandeling van het voorstel van Wet ambulancezorg op 2 december 2008 in de Eerste Kamer. Daarbij wees mevrouw Swenker van de VVD-fractie op de haars inziens onjuiste praktijk dat ambulancevervoerders altijd reanimeren, ook als de patiënt in het bezit is van een niet-reanimeerpenning. De Minister van VWS heeft toen geantwoord dat hij het standpunt van de toenmalige staatssecretaris over de rechtskracht van de penning deelt. Hij meldde de ambulancesector beloofd te hebben nog eens goed te kijken naar de zorgvuldigheid van de

---

<sup>1</sup> Evaluatie WGBO, pag. 11.

procedure waarmee die penningen worden verkregen. «Wij moeten gezamenlijk kunnen concluderen dat de juridische status van de penningen identiek is aan de schriftelijke wilsverklaring», aldus de minister<sup>1</sup>. De Minister van VWS is nog met betrokken partijen in gesprek over de niet-reanimeerpenning<sup>2</sup>.

Soms wordt in de praktijk de toestemming afgeleid uit de omstandigheden, bijvoorbeeld uit het feit dat een burger zich meldt bij een eerste-hulp post. Uit de evaluatie van de WGBO volgt dat de toepassing van deze veronderstelde toestemming te gemakkelijk plaats vindt. Wij menen dat hiermee zorgvuldiger zou moeten worden omgegaan.

Met nadruk wijzen wij erop dat de toestemming los staat van het eventuele bestaan van een overeenkomst over de zorgverlening. De memorie van toelichting bij de WGBO<sup>3</sup> stelde dat algemeen «wordt aangenomen dat de toestemming van de patiënt voor het aangaan van de overeenkomst niet betekent dat de patiënt met alle in het kader van de behandelingsovereenkomst uit te voeren verrichtingen bij voorbaat instemt». Het eerste lid van artikel 7:450 BW, dat spreekt over «verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst», legt, aldus de memorie van toelichting<sup>4</sup>, «als uitgangspunt vast dat voor elke verrichting waartoe bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst wordt overgegaan, de patiënt tevoren toestemming moet hebben gegeven». De toestemming die op grond van artikel 3:33 BW is vereist voor het bestaan van een overeenkomst, is dus een andere dan de ingevolge artikel 16 van dit wetsvoorstel vereiste toestemming voor de daadwerkelijke zorgverlening. Zonder de toestemming van artikel 3:33 BW is er geen sprake van een rechtsgeldige overeenkomst. Als er zorg wordt verleend waarvoor niet de toestemming van artikel 16 is gegeven, is er nog steeds sprake van zorg, maar is geen acht geslagen op een recht van de cliënt, waartegen hij terecht bezwaar van maken. Door het overbrengen van artikel 7:450 BW naar dit wetsvoorstel wordt duidelijk gemaakt dat de toestemming voor het verlenen van zorg in alle gevallen is vereist, ook in die gevallen waarin geen sprake is van een overeenkomst. En, zoals uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd, de toestemming voor de te verlenen zorg maakt van de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder geen overeenkomst. Er mag alleen zorg worden verleend waarvoor de cliënt toestemming heeft gegeven. Indien, zoals meestal het geval is, de zorg bestaat uit verschillende verrichtingen, mag er niet van worden uitgegaan dat de toestemming voor één van die verrichtingen mede geldt voor alle andere. In beginsel is voor iedere verrichting de toestemming vereist, maar soms kan deze, afhankelijk van het geval, worden afgeleid uit de eerder gegeven toestemming. Indien de zorg is vastgelegd in een zorg- of behandelplan (zie daarvoor de toelichting bij artikel 8), betekent toestemming voor het plan toestemming voor alle in het plan opgenomen verrichtingen. De cliënt kan de toestemming weigeren en een gegeven toestemming ook weer intrekken.

De zorgaanbieder kan de cliënt voorstellen dat diens toestemming schriftelijk wordt vastgelegd. Deze mogelijkheid hoeft niet wettelijk te worden verankerd, omdat de zorgaanbieder dit zelf in de hand heeft. Indien de cliënt niet bereid is om zijn toestemming schriftelijk te laten vastleggen, heeft de zorgaanbieder de vrijheid om geen zorg te verlenen. Overigens doet hij er dan verstandig aan advies in te winnen van een collega. Bij ingrijpende verrichtingen legt de zorgaanbieder de toestemming altijd vast in het dossier; zie artikel 19, derde lid. In nauwe relatie met het toestemmingsrecht van artikel 16 staat het recht van de cliënt op vrije keuze van een zorgaanbieder. Daarvoor verwijzen wij naar paragraaf 2.2 van het algemeen deel van deze toelichting.

<sup>1</sup> Handelingen I, 2 december 2008, pag. 11-544 en 11-558.

<sup>2</sup> Kamerstukken I 2009/10, 29 835, nr. S.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, pag. 12.

<sup>4</sup> Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, pag. 32.

## **Artikel 17**

Dit artikel bevat enige nuanceringen op het toestemmingsvereiste, in samenhang met artikel 4, eerste lid.

### *Eerste lid*

Het eerste lid heeft betrekking op noodsituaties, bijvoorbeeld voor het geval dat zich tijdens een operatie een complicatie voordoet die een ingreep vergt, die niet is gedekt door de toestemming van de cliënt vooraf. Indien de cliënt, omdat hij onder verdoving is, de toestemming niet alsnog kan geven en ook de toestemming van een ouder of andere vertegenwoordiger niet kan worden afgewacht, mag de zorgaanbieder zonder toestemming ingrijpen om daardoor ernstig nadeel te voorkomen.

### *Tweede lid*

Uit artikel 4, eerste lid, onder b, volgt dat voor cliënten van twaalf tot zestien jaar in beginsel van twee personen toestemming is vereist; zowel het kind als de ouders of voogd moeten toestemming geven. Artikel 17, tweede lid, geeft twee uitzonderingen op dit beginsel: ten eerste kan de zorgaanbieder de zorg verlenen zonder de toestemming van de ouders of voogd wanneer de tijd om die toestemming te vragen ontbreekt en de zorg kennelijk nodig is om ernstig nadeel te voorkomen. Ten tweede kan, bij weigering door ouders of voogd, de zorg niettemin worden verleend indien de minderjarige deze weloverwogen blijft wensen. De zorgaanbieder doet er daarbij verstandig aan om de toestemming van de minderjarige schriftelijk vast te leggen.

### *Derde lid*

Het derde lid ziet op de situatie dat de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake en de zorgaanbieder zich moet richten tot een curator of andere vertegenwoordiger. Indien in zo'n geval de cliënt zich verzet tegen de zorg, behoort dat verzet in beginsel te worden gerespecteerd, ook al heeft de curator of vertegenwoordiger toestemming voor de zorg gegeven. Alleen indien de zorg nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen, kan het verzet worden genegeerd. Deze bepaling is overgenomen van artikel 7:465, zesde lid, BW. Er is geen aanleiding om haar te wijzigen.

### *Vierde lid*

Het vierde lid ziet op een soortgelijke situatie als die van het derde lid, maar hier kon wegens tijdgebrek de curator of andere vertegenwoordiger niet om diens toestemming worden gevraagd. Indien in zo'n geval de cliënt de zorg weigert, kan deze alleen worden verleend als onverwijld zorgverlening geboden is om ernstig nadeel te voorkomen. Het BW bevat geen bepaling van deze strekking.

### *Vijfde lid*

Ingevolge het vijfde lid kan een verklaring, inhoudende een weigering van toestemming, die is afgelegd toen de cliënt nog wilsbekwaam was, worden gebruikt in situaties dat de cliënt niet meer wilsbekwaam is. De laatste volzin biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid om af te wijken van de verklaring, bijvoorbeeld omdat die in een ver verleden is opgesteld en er zich intussen ontwikkelingen hebben voorgedaan die, was de cliënt zich daarvan bewust geweest, vermoedelijk tot een wijziging of intrekking van de verklaring zouden hebben geleid.

## **Artikel 18**

Artikel 7:460 BW bepaalt dat een behandelingsovereenkomst, behoudens gewichtige redenen, niet kan worden opgezegd. Opzegging kan bijvoor-

beeld geoorloofd zijn indien er een verstoring is van de vertrouwensband als gevolg van ernstige meningsverschillen over de zorgverlening, indien de cliënt zich zodanig agressief gedraagt dat van de zorgaanbieder redelijkerwijs niet kan worden gevergd dat hij zorg moet blijven verlenen, of indien de zorgaanbieder geheel stopt het met het aanbieden van zorg. Dit wetsvoorstel brengt in de redenen voor beëindiging van de zorgrelatie geen verandering, maar de enkele omstandigheid dat redelijkerwijs niet van de zorgaanbieder kan worden gevergd dat hij de zorgrelatie voortzet, betekent niet dat de zorgaanbieder de zorgrelatie zonder meer kan beëindigen. De eis van goede zorg brengt met zich dat, indien voortzetting van de zorg nodig is, de zorgaanbieder de zorg moet blijven verlenen zolang hij niet al hetgeen redelijkerwijs van hem verlangd kan worden, heeft gedaan om de cliënt over te dragen aan een andere zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft een zorgplicht om te zoeken naar vervangende zorg. Indien geen andere zorgaanbieder voorhanden is, kan dit er in uitzonderlijke omstandigheden toe leiden dat de zorgaanbieder de relatie toch beëindigt. In de afweging of de zorgaanbieder zulks alsdan mag doen, zal de positie waarin de cliënt verkeert, een belangrijke rol spelen. Indien de gezondheidssituatie van de cliënt continuering van zorg vereist, zal de zorgaanbieder zorg moeten blijven verlenen. Beëindiging zou in dat geval strijd op leveren met de wettelijke norm van goede zorg.

De cliënt beslist uiteraard of hij voor de (voortzetting van de) zorgverlening door de nieuwe zorgaanbieder toestemming geeft (hij mag ook voortzetting weigeren).

Artikel 18 is niet van toepassing in de situatie dat de cliënt de zorgverlening wenst te beëindigen omdat voortzetting niet wordt vergoed door de verzekering. In dat geval ligt intrekking van zijn toestemming in de rede.

#### *Paragraaf 2. Dossiervorming*

### **Artikel 19**

In dit artikel is de inhoud van de artikelen 7:454 BW en 7:455 BW opgenomen; het tweede lid is nieuw. Ter toelichting het volgende, mede aan de hand van de jurisprudentie.

De zorgaanbieder is verplicht om gegevens in het dossier op te nemen voor zover die voor een goede zorgverlening noodzakelijk zijn. Hiertoe behoren in ieder geval röntgenfoto's, uitslagen van laboratoriumtests en brieven van andere zorgaanbieders. Tot het dossier behoren ook gegevens uit dossiers van andere zorgaanbieders van de cliënt, voor zover die voor de zorgverlening noodzakelijk zijn. Verpleegkundige verslaggeving behoort ook tot het dossier, tenzij deze gegevens niet noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening. Er is geen dossierverplichting ten aanzien van gegevens die slechts voor onderzoek of onderwijs van nut zijn. Persoonlijke werkaantekeningen maken geen deel uit van het dossier. Met persoonlijke werkaantekeningen worden bedoeld indrukken, vragen en vermoedens die de zorgaanbieder formuleert als geheugensteun voor een volgend contact met de cliënt of voor de eigen gedachtenvorming.

Voor zover de zorgaanbieder van oordeel is dat de cliënt niet (geheel) in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de zorg, legt hij dat oordeel ingevolge artikel 19, tweede lid, in het dossier vast. Daarbij zal een goede zorgaanbieder ook de naam van de persoon die voor de cliënt optreedt, vermelden.

De introductie van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) biedt mogelijkheden om met toestemming van de cliënt gegevens tussen dossierhouders uit te wisselen. Het EPD verandert niets aan de status of inhoud van het dossier op zich, maar biedt slechts door die mogelijkheid van uitwisseling van gegevens een grotere waarborg voor het leveren van verantwoorde zorg.

Bij artikel 16 wezen wij op de mogelijkheid van het schriftelijk vastleggen van de toestemming in het dossier; ingevolge artikel 19, derde lid, vindt dit altijd plaats bij verrichtingen van ingrijpende aard. Hoewel artikel 7:451 BW dit slechts eist wanneer de cliënt daarom verzoekt en uit de evaluatie van de WGBO volgt dat er geen problemen zijn met deze bepaling, vinden wij toch uitbreiding tot alle verrichtingen van ingrijpende aard wenselijk. Er moet immers rekening mee worden gehouden dat de cliënt zich onvoldoende realiseert wat zijn toestemming betekent.

Wij wijzen erop dat op het dossier, als een verzameling persoonsgegevens in de zin van de Wbp, hoofdstuk 6 van die wet van toepassing is. Dit betekent dat de cliënt recht heeft op inzage in het dossier en eventuele verbeteringen kan voorstellen. In plaats van verbeteringen, waarvoor enige kennis van zaken is vereist, kan de cliënt de zorgaanbieder ingevolge het vierde lid ook verzoeken een verklaring over de in het dossier opgenomen stukken toe te voegen. Daarbij kan gedacht worden aan een standpunt van de cliënt over een aangelegenheid waarover verschil van mening bestaat, aan een verklaring met een second opinion van een andere zorgaanbieder of aan een verklaring dat de cliënt voor bepaalde verrichtingen geen toestemming geeft. De zorgaanbieder dient altijd aan het verzoek van de cliënt ingevolge artikel 19, vierde lid, te voldoen.

## Artikel 20

Artikel 7:454, derde lid, BW bepaalde oorspronkelijk dat de hulpverlener bescheiden die tot het medische dossier behoren, gedurende ten minste tien jaar moest bewaren, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeide. Deze termijn is bij de wet van 22 december 2005<sup>1</sup> van tien op vijftien jaar gebracht, mede naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad over de bewaartermijn van patiëntengegevens<sup>2</sup>. Het ging bij deze verlenging van de termijn tot vijftien jaar om een voorlopige maatregel, zodat in afwachting van een definitieve regeling de gegevens nog niet zouden worden vernietigd. De Gezondheidsraad gaf in zijn advies aan dat een bewaartermijn van tien jaar te kort is. De bewaartermijn levert op drie terreinen knelpunten op: de zorg voor de cliënt zelf, de mogelijke zorgbehoefte van diens verwanten en het medisch-wetenschappelijk onderzoek. De ontwikkelingen in de geneeskunde nopen volgens de Gezondheidsraad tot een verlenging van de termijn. Ziekten waaraan mensen vroeger doorgaans overleden, zijn dankzij ontwikkelingen in de medische wetenschap nu in veel gevallen wel behandelbaar, maar mensen leven desondanks soms wel met een verhoogd risico opnieuw ziek te worden. Ook is er in de geneeskunde meer aandacht voor correlaties tussen eerder ondergane behandelingen of doorgemaakte ziekten en de kans op later in het leven optredende aandoeningen. Naast het belang van de cliënt, kan in deze situaties ook het belang van verwanten aan de orde zijn. Tegelijkertijd wijst de Gezondheidsraad in zijn advies erop dat persoonsgegevens op grond van privacywetgeving niet langer mogen worden bewaard dan nodig is voor het doel waarvoor ze zijn verzameld. Ook wijst de Gezondheidsraad erop dat de verlenging van de bewaartermijn wel proportioneel dient te zijn: het bewaren van de gegevens dient in verhouding te staan tot het doel waarmee zij bewaard worden.

<sup>1</sup> Stb. 2006, 29.

<sup>2</sup> Gezondheidsraad, Bewaartermijn patiëntengegevens, 1 april 2004.



Wij delen de visie van de Gezondheidsraad dat bij de bepaling van de duur van de bewaartermijn van het medische dossier, een evenwicht dient te bestaan tussen enerzijds de noodzaak van het langdurig bewaren van de medische gegevens van een cliënt met het oog op diens mogelijke medische behandeling op de lange termijn en anderzijds een grens aan de bewaartermijn uit oogpunt van het belang van de bescherming van persoonsgegevens. Het is juist dat evenwicht waar in artikel 10 Wbp op bedoeld wordt. Dat artikel schrijft voor dat persoonsgegevens niet langer worden bewaard «dan noodzakelijk is voor de verwerking van de doeleinden waarvoor zij worden verzameld of vervolgens worden bewerkt». Met het voorstel om de bewaartermijn te verlengen tot twintig jaar beogen wij dit evenwicht te bewaren.

Wij stellen voor de bewaartermijn te verlengen tot twintig jaar en eraan toe te voegen dat die termijn aanvangt op de datum waarop de laatste wijziging van het dossier heeft plaats gevonden, dat wil zeggen de datum van het meest recente consult van de cliënt bij de betrokken zorgaanbieder. Vanzelfsprekend legt de zorgaanbieder bij ieder consult de datum daarvan vast en met de moderne communicatiemiddelen is het verstrijken van de termijn gemakkelijk te constateren. In dit wetsvoorstel wordt de bewaartermijn gekoppeld aan het hele dossier, anders dan in de WGBO, die de omslachtige verplichting inhoudt om telkens een onderdeel van het dossier te verwijderen. Tevens stellen wij voor om overeenkomstig artikel 7:454 BW, derde lid, te bepalen dat de zorgaanbieder het dossier langer bewaart indien dat redelijkerwijs noodzakelijk is voor het verlenen van goede zorg. De zorgaanbieder is gehouden zich ervan te gewissen of daarvan sprake is.

Overigens kan bij een grote zorgaanbieder, bijvoorbeeld een ziekenhuis, inzake één cliënt feitelijk sprake zijn van meerdere «dossiers» van uiteenlopende zorgverleners die bij dezelfde zorgaanbieder werkzaam zijn. Deze afzonderlijke documenten bij één zorgaanbieder inzake één cliënt, vormen samen één dossier in de zin van deze wet.

Op grond van het tweede lid krijgt de cliënt tevens zeggenschap over een verkorting of verlenging van die termijn. De cliënt kan de bewaartermijn verkorten door de zorgaanbieder te verzoeken (een deel van) het dossier te vernietigen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de hierboven bij artikel 19, tweede lid, bedoelde verklaring inzake wilsbekwaamheid, wanneer de cliënt wil voorkomen dat die hem zijn hele verdere leven achtervolgt. De zorgaanbieder zal, behoudens in de gevallen, bedoeld in het vierde lid, altijd aan een verzoek van de cliënt tot vernietiging moeten voldoen. Indien een cliënt verzoekt om bevestiging dat zijn dossier is vernietigd, kan er redelijkerwijs van worden uitgegaan dat een zorgaanbieder antwoord geeft; ter controle kan de cliënt een beroep doen op zijn recht op inzage om zich ervan te vergewissen of de gegevens daadwerkelijk zijn vernietigd. Het is niet noodzakelijk de bevestiging wettelijk te verankeren. Mede gezien de bewijsrechtelijke consequenties, ligt het voor de hand dat de zorgaanbieder een verzoek omtrent vernietiging schriftelijk vastlegt; hiermee kan hij voorkomen dat hij in een later stadium aansprakelijk wordt gesteld wegens het niet voldoen aan zijn dossierplicht. Ook op dit punt is een wettelijke eis niet nodig.

De cliënt kan ook verzoeken de bewaartermijn van twintig jaar te verlengen. Dat zal met name kunnen voorkomen bij erfelijke ziekten of ziekten waarbij bepaalde verschijnselen zich pas na lange tijd openbaren. Artikel 13, tweede lid, bepaalt dat de cliënt er recht op heeft dat de zorgaanbieder hem desgevraagd informeert over zijn rechtspositie. In voorkomend geval dient de zorgaanbieder niet te wachten op een verzoek van de cliënt; op de zorgaanbieder rust de verplichting om met zijn kennis en tegen de achtergrond van de stand van de medische wetenschap te beoordelen wanneer sprake is van omstandigheden die aanleiding

kunnen zijn de gegevens langer te bewaren. Hij is dan gehouden de cliënt op de mogelijkheid van een eventuele verlenging te wijzen. Indien de cliënt wil dat het dossier voor onbepaalde tijd wordt bewaard, kan de zorgaanbieder met de cliënt bespreken of de laatste het dossier wellicht zelf wil bewaren.

De wijze waarop in het voorstel de duur van de bewaartermijn is geregeld, en de mogelijkheid gegevens te doen vernietigen of juist langer te doen bewaren, houden verband met het hierboven geschetste evenwicht tussen de noodzaak van een lange bewaartermijn uit oogpunt van goede zorg enerzijds en een begrenzing van die termijn uit oogpunt van de bescherming van persoonsgegevens anderzijds. Indien langetermijngevolgen van een medische ingreep of aandoening bekend zijn, zal een cliënt onder controle blijven van een arts, ook al zal mogelijk veel tijd verstrijken tussen de controles. De koppeling van de bewaartermijn aan het hele dossier leidt ertoe dat het volledige dossier bewaard blijft, zolang de cliënt op controle komt. In geval van nieuwe medische behandelingen, bijvoorbeeld bij ziekten die eerder onbehandelbaar waren, is op het moment van de medische ingreep niet altijd duidelijk of er langetermijngevolgen te verwachten zijn. De medische wetenschap is zich steeds meer bewust van langetermijneffecten. Meestal zullen mensen – zeker bij ernstige aandoeningen – onder controle blijven. Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn, zeker als men geen lange termijn gevolgen verwacht. De vraag is dan hoelang gegevens bewaard zouden moeten worden. Het bewaren van de gegevens dient immers in verhouding te staan tot het doel waarvoor ze bewaard worden. De Gezondheidsraad geeft in zijn advies aan dat het niet eenvoudig is aan te geven wat een juiste termijn zou zijn. Hij stelt: «De dynamiek in de ontwikkelingen van de geneeskunde brengt met zich mee dat aan een «definitief» antwoord niet te denken valt. Hoogstens is een voorlopig antwoord mogelijk, dat enerzijds recht doet aan de gedocumenteerde behoefte medische gegevens langer te kunnen bewaren (...), maar anderzijds de vaste termijn niet langer maakt dat bij de huidige stand van de medische ontwikkelingen in de geneeskunde nodig lijkt.» Wij delen de visie van de Gezondheidsraad dat het niet eenvoudig is de optimale duur van de termijn vast te stellen. Ook delen wij de mening van de Gezondheidsraad dat gezien de groeiende inzichten in de medische wetenschap over langetermijngevolgen, de bewaartermijn van de WGBO op dit moment te kort is. Daarom wordt de bewaartermijn verlengd tot twintig jaar. Deze termijn dient – behoudens de mogelijkheid tot vernietiging op verzoek van de persoon van wie de persoonsgegevens zijn – te worden beschouwd als een minimumtermijn. Wij menen dat het uit oogpunt van goede zorg nodig kan zijn gegevens langer te bewaren dan twintig jaar. Met name bij medisch ingrijpen op jonge leeftijd en bij te vroeg geboren en achten wij het raadzaam de gegevens gedurende langere tijd te bewaren dan de huidige WGBO termijn. Soms kan kennis van de eerdere ingreep noodzakelijk zijn om iemand in een later stadium goed te kunnen behandelen. Door de termijn op twintig jaar te stellen, wordt in ieder geval voorkomen dat een dossier vernietigd wordt voordat iemand die in zijn vroege jeugd medisch behandeld is, fysiek volgroeid is.

Artikel 20 verzet zich er niet tegen dat verwijderde gegevens in geanonimiseerde vorm alsnog bewaard blijven, bijvoorbeeld ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. In dat geval is immers geen sprake meer van persoonsgegevens in de zin van de Wbp.

Uitgangspunt is dat een bewaarplicht bestaat voor de duur van twintig jaar. Dit is een minimum, want na die twintig jaar kunnen er inhoudelijke redenen zijn om langer te bewaren, namelijk als dat redelijkerwijs noodzakelijk is voor het verlenen van goede zorg. Daarnaast bestaat er een vernietigingsplicht, namelijk als de cliënt om vernietiging verzoekt en

artikel 20, vierde lid, niet opgaat òf als er na twintig jaar geen reden meer is om langer te bewaren. In de eerste situatie (het verzoek van de cliënt) mogen de gegevens nog maximaal drie maanden worden bewaard; in de tweede situatie is twintig jaar een maximum. Ten aanzien van het vernietigingsrecht wordt in deze wet, net als in artikel 7:455, tweede lid, BW, bepaald dat het niet absoluut is. Wij stellen voor dit ook te laten gelden voor de vernietigingsplicht na twintig jaar. In de eerste plaats behoeft de zorgaanbieder de gegevens niet te vernietigen indien het redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring van de gegevens van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt. Bij «een ander» kan worden gedacht aan de zorgaanbieder zelf, tegen wie de cliënt een gerechtelijke procedure is aangevangen. De «ander» kan ook een familielid van de cliënt zijn, dat met het oog op een erfelijke ziekte belang heeft bij bewaring van bepaalde gegevens. De zorgaanbieder dient zelf een afweging te maken of het andere belang aanmerkelijk is. Daarbij dient hij de cliënt erop te wijzen wat de consequenties van vernietiging zijn. Indien een vertegenwoordiger (bijvoorbeeld een ouder) verzoekt om vernietiging van gegevens, dient de zorgaanbieder het belang van de cliënt (bijvoorbeeld een kind) in het oog te houden. Een cliënt kan naar de geschilleninstantie of de rechter stappen indien een verzoek omtrent vernietiging niet wordt gehonoreerd. Dit geldt ook voor een persoon als bedoeld in artikel 4 die niet wil dat een verzoek van de cliënt tot vernietiging wordt gehonoreerd.

Ten tweede is vernietiging uitgesloten voor zover een wettelijke bepaling zich daartegen verzet; zie bijvoorbeeld artikel 4.10c van het Arbeidsomstandighedenbesluit.

Het vijfde lid van artikel 20 geeft een, van het voorafgaande afwijkend voorschrift ten aanzien van het dossier dat wordt aangelegd bij zorghandelingen als bedoeld in artikel 1, zevende lid. De termijn voor het bewaren van een dossier behoort in die gevallen te zijn gerelateerd aan het doel van de handeling.

## **Artikel 21**

Incidenten zijn onbedoelde gebeurtenissen tijdens de zorgverlening, die tot merkbare gevolgen voor de cliënt hebben geleid of nog kunnen leiden. Een voorbeeld van het laatste is de situatie waarin de effecten van ten onrechte toegediende medicatie pas na enige tijd voor de cliënt merkbaar worden. Incidenten kunnen ook schending van de persoonlijke levenssfeer of onrechtmatige verwerking van persoonsgegevens betreffen. Het recht van cliënten om op de hoogte te worden gesteld van incidenten bij de zorgverlening, zeker wanneer die tot schade (kunnen) leiden (dat element zit in de zojuist gegeven definitie), achten wij van groot belang voor de openheid rond de zorgverlening. Het gaat hierbij om informatie over de aard en toedracht van een incident betreffende de verleende zorg. Aan de cliënt moet ter toelichting van een incident dus worden verteld dat er in zijn geval bijvoorbeeld onvoldoende overdracht van informatie heeft plaatsgevonden. De analyse naar de diepere oorzaken van het gebrek aan communicatie, de analyse van bijna-incidenten (gebeurtenissen waarvan de gevolgen voor cliënten zijn voorkomen) en de vraag of het gaat om een gebrek dat ook bij andere cliënten heeft plaatsgehad en of er een breder patroon achter incidenten te ontdekken is, zijn aan de orde bij de kwaliteitsbewaking, besproken in de toelichting bij artikel 10. Op de desbetreffende gegevens richt zich het recht van de cliënt op informatie niet; die gegevens behoren juist tot het eigene en de meerwaarde van het kwaliteitsregister van het «veilig-melden-systeem».

Artikel 7:953 BW bepaalt dat, indien een verzekering tegen aansprakelijkheid bepaalde erkenningen door de verzekerde verbiedt, overtreding van dat verbod geen gevolg heeft voor zover de erkenning juist is. Een verbod tot erkenning van feiten heeft nimmer gevolg, aldus het artikel. Hieruit volgt dat er verzekeringsrechtelijk geen enkele belemmering is voor zorgaanbieders om incidenten tegenover de cliënt te erkennen. Vastlegging in het dossier is nodig ten behoeve van de kwaliteit en continuïteit van zorg en ten behoeve van de toezichthouders.

## **Artikel 22**

### *Eerste lid*

De tekst van het eerste lid is overgenomen van artikel 7:456 BW. Als een cliënt om inzage in het dossier verzoekt, moet de zorgaanbieder die zonder tussenkomst van een derde geven. Een cliënt kan ook een derde, bijvoorbeeld zijn advocaat of een patiëntvertrouwenspersoon, een machtiging geven tot inzage in het dossier. Een zorgaanbieder dient hieraan gevolg te geven, tenzij hij reden heeft te twijfelen dat de cliënt de volmacht uit vrije wil heeft verstrekt. Onder omstandigheden zal de zorgaanbieder uitleg en begeleiding aan de cliënt moeten verschaffen, wanneer die gebruik maakt van zijn recht op inzage.

De bescheiden dienen zo spoedig mogelijk aan de cliënt te worden verstrekt. De termijn waarbinnen de zorgaanbieder aan een verzoek moet voldoen, zal onder andere afhankelijk zijn van het spoedeisende karakter van het verzoek en van de wijze waarop de gegevens zijn opgeslagen. Wij wijzen in dit verband ook op artikel 35 Wbp, dat voorschrijft dat informatie over de verwerking van persoonsgegevens (en dat is een dossier per slot van rekening) gegeven moet worden binnen vier weken na het verzoek van de betrokken persoon.

Het recht op inzage geldt in beginsel onbeperkt. Inzage is dus ook mogelijk in de gegevens die de zorgaanbieder in eerste instantie op grond van artikel 14, derde lid, aan de cliënt had onthouden. De reden hiervoor is dat het recht op inzage moet worden aangemerkt als een fundamenteel recht, waarvan niet kan worden afgeweken. Er zijn evenwel omstandigheden waarin de zorgaanbieder niet aan een verzoek tot inzage van het dossier behoeft te voldoen; gedacht kan worden aan een levensbedreigende situatie of wanneer zeer ernstige schade mogelijk is indien een zorgaanbieder wel inzage in het dossier geeft. Opgemerkt wordt dat het hier gaat om zeer uitzonderlijke (theoretische) omstandigheden; een zorgaanbieder kan dan met een beroep op overmacht of een beroep op goed zorgaanbiederschap besluiten geen inzage aan de cliënt te verschaffen.

Ook indien kan worden voorzien dat het verstrekken van inzage in of afschrift van bepaalde gegevens aan de cliënt de persoonlijke levenssfeer van een ander zou schaden en diens belang een overwegend karakter heeft, dient de zorgaanbieder de inzage of verstrekking in zoverre achterwege te laten, tenzij de gegevens zodanig kunnen worden bewerkt dat ze niet meer te herleiden zijn naar die andere persoon.

De zorgaanbieder mag voor een afschrift van het dossier een redelijke vergoeding in rekening brengen; de hoogte daarvan is op grond van artikel 39 van de Wbp vastgesteld in het Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene Wbp.

### *Tweede lid*

Het tweede lid is ontleend aan artikel 7:464 BW en bevat een specifieke bepaling voor die gevallen waarin zorg wordt verleend als bedoeld in artikel 1, zevende lid. Het gaat om medische keuringen in opdracht van een derde. Blijkens de eerste zin staat het aan degene die een medische keuring in opdracht van een ander ondergaat vrij om aan te geven of hij

de uitslag en de daaruit getrokken conclusie wenst te vernemen. Niet zelden heeft de keurling er immers geen bezwaar tegen dat zulks niet via hem, maar onmiddellijk en rechtstreeks aan de opdrachtgever wordt doorgegeven. De tweede zin betreft het zogenoemde blokkeringsrecht van de keurling; de bepaling ziet op die gevallen waarin nog geen sprake is van een arbeidsverhouding, tot stand gekomen burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waarvoor betrokkene reeds is toegelaten. In zo'n geval kan de cliënt op grond van de uitslag van het onderzoek bijvoorbeeld willen besluiten alsnog van een aanvankelijk nagestreefde nieuwe werkring af te zien en zal hij dus de inzage van het dossier door degene die de opdracht tot de keuring heeft gegeven, willen verbieden. Wanneer sprake is van een reeds tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe betrokkene reeds is toegelaten, is het tweede lid niet van toepassing; dan geldt het blokkeringsrecht dus niet. Volledigheidshalve verdient opmerking dat hiermee de toepasselijkheid van het blokkeringsrecht bij civiele letselschadezaken niet is gewijzigd..

### **Artikel 23**

Voorop moet worden gesteld dat cliënten zich tot een zorgaanbieder moeten kunnen wenden zonder ervoor beducht te hoeven zijn dat in vertrouwen verstrekte gegevens verspreid worden. Dit wetsvoorstel bepaalt dat slechts onder bepaalde omstandigheden ook nabestaanden van de cliënt een recht op inzage hebben. Op basis van artikel 7:457 BW dienen zorgaanbieders hun beroepsgeheim ook na de dood van een patiënt in acht te nemen. In de rechtspraak is de mogelijkheid van een inbreuk op het beroepsgeheim uitgekristalliseerd. Artikel 23 geeft een codificatie van die jurisprudentie.

In de eerste plaats hebben nabestaanden recht op inzage indien er sprake is van schriftelijke toestemming van de overledene. Een tweede grond voor inzage door nabestaanden is het bestaan van een zwaarwegend belang. Zo'n belang kan betrekking hebben op de gezondheid of van financiële aard zijn. Financiële belangen kunnen onder andere zijn: uitkering aan nabestaanden voor een verzekering, gebruik van gegevens in een aansprakelijkheidsprocedure of gebruik van gegevens om de geldigheid van een rechtshandeling aan te vechten, omdat de overledene wilsonbekwaam was, bijvoorbeeld bij het opstellen van testament. In het laatste geval moeten er wel zwaarwegende aanwijzingen zijn dat inderdaad sprake was van wils- of handelingsonbekwaamheid en dat de wijze van gegevensopenbaring de enige mogelijkheid is om de gewenste opheldering te bieden<sup>1</sup>. Naast materiële redenen kunnen er immateriële redenen zijn om voor nabestaanden een zwaarwegend belang bij inzage aan te nemen; daarbij kan worden gedacht aan het geval dat inzage in gegevens noodzakelijk is voor erfelijkheidsonderzoek. De enkele omstandigheid dat inzage van het dossier noodzakelijk is voor de rouwverwerking is – hoe zwaarwegend ook vanuit menselijk perspectief – onvoldoende.

Wanneer zich de zeer uitzonderlijke situatie voordoet dat het strafvordelijke doel (ter beveiliging van de maatschappij) ermee is gemoeid dat een nabestaande inzage heeft in het medisch dossier, is dit afhankelijk van de omstandigheden van het geval aan te merken als zwaarwegend belang in de zin van dit artikel. Deze redenering sluit aan bij de jurisprudentie inzake inzage in het medisch dossier door het Openbaar Ministerie. Uit de woorden «indien en voor zover» in de aanhef van het artikel volgt dat in alle gevallen slechts inzage mogelijk is in de delen van het dossier die het belang raken.

---

<sup>1</sup> Hoge Raad NJ 2001, 600.

Menen nabestaanden dat de zorgaanbieder hun verzoek om informatie ten onrechte afwijst, dan kunnen zij gebruik maken van de klachtenregeling van de zorgaanbieder en zich daarna, zo nodig, wenden tot de geschilleninstantie.

### *Paragraaf 3. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer*

#### **Artikel 24**

De tekst is overgenomen van artikel 7:457 BW. De strekking van de geheimhoudingsverplichting is te voorkomen dat zieken ervan zouden worden weerhouden geneeskundige hulp in te roepen uit vrees dat hetgeen aan de zorgaanbieder zou blijken of zou worden toevertrouwd, openbaar zou worden wanneer de geheimhouding daarvan niet zou zijn gegarandeerd (HR 20 april 2001, NJ 2001, 600). De geheimhoudingsplicht geldt daarom ook na het overlijden van de cliënt.

De geheimhoudingsverplichting rust op de zorgprofessional. De leden van het bestuur van de zorgaanbieder behoren dan ook niet tot de «anderen dan de cliënt» die op grond van het tweede lid onder omstandigheden inzage kunnen krijgen in het dossier van de cliënt.

De geheimhoudingsplicht geldt ook in geval van strafrechtelijke opsporing. Opzettelijke schending van het beroepsgeheim levert op grond van artikel 272, eerste lid, Wetboek van Strafrecht een strafbaar feit op. Het dossier is, zoals gezegd bij artikel 19, een verzameling persoonsgegevens in de zin van de Wbp. Dit betekent dat de verwerking daarvan, zoals het verlenen van inzage, aan de Wbp moet voldoen. Zo mag slechts met toestemming van de cliënt aan derden inzage in of afschrift van het dossier worden gegeven. Uit de Wbp volgt dat de toestemming in vrijheid gegeven moet worden en op voldoende informatie moet berusten, alsmede dat de cliënt inzicht moet hebben in de omvang van de gegevensverwerking waarvoor hij toestemming geeft. De toestemming mag mondeling worden gegeven; schriftelijke toestemming is niet vereist. In bepaalde gevallen kan het overigens wel verstandig zijn dat de zorgaanbieder de toestemming in een schriftelijke verklaring vastlegt. De toestemming moet gericht worden gegeven en concreet zijn; een blanco volmacht is niet voldoende.

Indien er sprake is van een wettelijke verplichting tot verstrekking, is de zorgaanbieder niet gebonden aan de geheimhoudingsverplichting; zie bijvoorbeeld artikel 63, vierde lid, van de Wet bopz. Ook in de gevallen, bedoeld in artikel 1, zevende lid, zal de zorgaanbieder verplicht zijn om gegevens over de (uitslag van de) zorg te verstrekken aan degene die opdracht tot de zorg heeft gegeven.

Een zorgaanbieder kan zijn geheimhoudingsverplichting doorbreken indien dat noodzakelijk is om een ander belang te dienen dat zwaarder weegt dan het belang dat door artikel 24 wordt beschermd. De zorgaanbieder doet dan een beroep op overmacht (artikel 6:75 BW). Er zijn in de jurisprudentie talrijke voorbeelden te vinden van overmacht, zoals gevallen van acuut gevaar of van kindermishandeling. In beginsel moet de zorgaanbieder zelf beoordelen of zich een overmachtsituatie voordoet en welke plicht in dat geval de doorslag geeft. Zijn beslissing kan door de geschilleninstantie of de rechter worden getoetst.

De zorgaanbieder heeft geen toestemming van de cliënt nodig als hij inlichtingen verstrekt aan personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorgverlening, bijvoorbeeld verpleegkundigen, doktersassistenten, tandartsassistenten of collega-vakgenoten die door de zorgaanbieder worden geraadpleegd met het oog op de te verlenen zorg. De zorgaanbieder kan gegevens ook aan vervangers geven zonder toestemming van

de cliënt. Deze afwijking van het verbod van artikel 16 Wbp is gerechtvaardigd, gezien artikel 21, eerste lid, onder a, van die wet. Het verstrekken van gegevens aan personen die rechtstreeks zijn betrokken bij de zorgverlening, is overigens niet onbeperkt toegestaan. De omvang van die gegevens moet zijn afgestemd op hetgeen die andere zorgaanbieder moet weten om de cliënt (verder) te kunnen behandelen. Voor inzage in het dossier voor andere doeleinden, zoals intercollegiale toetsing of wetenschappelijk onderzoek, heeft de zorgverlener toestemming van de cliënt nodig, met dien verstande dat op basis van artikel 25 bij wetenschappelijk onderzoek uitzonderingen mogelijk zijn. Over de verhouding met het strafrecht kan het volgende worden opgemerkt. Ingevolge artikel 98, eerste lid, van het Wetboek van Strafvordering, mogen bij personen met een bevoegdheid tot verschoning als bedoeld in artikel 218 van het Wetboek van Strafvordering zonder hun toestemming brieven of andere geschriften tot welke hun plicht tot geheimhouding zich uitstrekt, niet in beslag worden genomen en worden ingezien. Wel mogen, ook zonder hun toestemming, in beslag worden genomen brieven of geschriften die voorwerp van het strafbare feit uitmaken of tot het begaan daarvan hebben gediend, nu dergelijke brieven en geschriften geen object zijn van de aan evenbedoelde personen toekomende bevoegdheid tot verschoning. De aard van de hier aan de orde zijnde bevoegdheid tot verschoning brengt mee dat het oordeel omtrent de vraag of brieven of geschriften object van de bevoegdheid tot verschoning uitmaken, in beginsel toekomt aan de tot verschoning bevoegde persoon<sup>1</sup>. Het verschoningsrecht van onder meer de arts is echter in zoverre niet absoluut, dat zich zeer uitzonderlijke omstandigheden laten denken waarin het belang dat de waarheid aan het licht komt – ook ten aanzien van datgene waarvan de wetenschap hem als zodanig is toevertrouwd – moet prevaleren boven het verschoningsrecht<sup>2</sup>. De beantwoording van de vraag welke omstandigheden als zeer uitzonderlijk moeten worden aangemerkt, is niet in een algemene regel samen te vatten. Wel is aangenomen dat bij een ernstig vermoeden van verwijtbaar ondeskundig handelen van de arts de gegevens die met betrekking tot de medische behandeling in het medisch dossier zijn vastgelegd, voor onderzoek door, zoals hier, de justitiële autoriteiten, beschikbaar zijn<sup>3</sup>.

### **Artikel 25**

Artikel 7:458 BW bepaalt dat voor het verstrekken van inlichtingen of dossiergegevens over de patiënt voor statistiek of onderzoeksdoeleinden diens toestemming nodig is, behoudens in daarbij omschreven gevallen; in die gevallen kan de cliënt overigens wel bezwaar tegen de verstrekking maken. Artikel 25 neemt de tekst van het BW over; in het tweede lid, onderdeel a, is, om beter aan te sluiten bij artikel 8 van Richtlijn 95/46/EG van het Europees Parlement en de Raad van 24 oktober 1995 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, het woord «zwaarwegend» ingevoegd.

### **Artikel 26**

Dit artikel regelt dat de cliënt recht heeft op privacy bij de zorgverlening. De tekst is overgenomen van artikel 7:459 BW. Dat artikel is toegesneden op de curatieve zorgverlening en houdt geen rekening met de langdurige zorg of de ggz, die doorgaans het gehele dagelijkse leven omvat. Maaltijden (curatieve en langdurige zorg) en recreatie (langdurige zorg), welke veelal in aanwezigheid van andere cliënten plaatsvinden, zijn onderdeel van de zorg. Aangenomen mag worden dat cliënten ermee instemmen dat daarbij anderen aanwezig zijn. Wanneer het gaat om de

---

<sup>1</sup> Vgl. HR 29 maart 1994, NJ 1994, 537.

<sup>2</sup> Vgl. HR 30 november 1999, NJ 2002, 438.

<sup>3</sup> Vgl. HR 21 oktober 2008, LJN BD7817.

behandeling, de nachtrust, het wassen, een toiletbezoek of gesprekken over zorgverlening, is bescherming van de privacy aangewezen, tenzij de cliënt aangeeft daar geen prijs op te stellen. Voor het overige zullen afspraken met hen moeten worden gemaakt over de wijze waarop zij hun dagelijks leven inrichten.

De eis van privacy geldt ook tegenover de ouders, voogd, curator, mentor of partner. Regel is dat wanneer de toestemming van een vertegenwoordiger nodig is, diens aanwezigheid is toegestaan. De eigen professionele verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder kan hem overigens doen besluiten dat de vertegenwoordiger niet aanwezig mag zijn.

Uit de evaluatie van de WGBO volgt dat het recht op privacy maar ten dele wordt nageleefd<sup>1</sup>. Zo is het in opleidingsziekenhuizen en academische ziekenhuizen niet ongebruikelijk dat geneeskundigen in opleiding bij een verrichting aanwezig zijn; in die ziekenhuizen wordt vaak (ten onrechte) de omgekeerde regel gebruikt: stagiaires en studenten zijn aanwezig, tenzij een patiënt kenbaar maakt daarmee niet in te stemmen. Wij zijn van mening dat dit probleem door de beroepsgroep zelf moet worden opgepakt en dat private en eventueel ook publieke handhaving er voor moeten zorgen dat het recht op privacy beter wordt nageleefd.

## **Hoofdstuk 4 Effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling**

### **Artikel 27**

Dit artikel geeft de cliënt recht op een effectieve en laagdrempelige regeling betreffende de opvang en afhandeling van klachten en op toegang tot een geschilleninstantie voor de beslechting van geschillen tussen hem en de zorgaanbieder; die rechten zijn verder uitgewerkt in de artikelen 28 en 29. Indien de zorgaanbieder niet zou voldoen aan de verplichting om een klachtenregeling te treffen, maar wel is aangesloten bij een geschilleninstantie, ligt het voor de hand dat de IGZ maatregelen neemt om de zorgaanbieder te dwingen deze wezenlijke verplichting na te komen, maar kan de cliënt in elk geval rechtstreeks bij de geschilleninstantie aan de bel trekken (of eventueel een vordering terzake instellen bij de burgerlijke rechter). Mocht de zorgaanbieder ook niet zijn aangesloten bij een geschilleninstantie, dan ligt het voor de hand dat de IGZ maatregelen neemt om de zorgaanbieder te dwingen deze wezenlijke verplichting na te komen; de cliënt kan de IGZ verzoeken handhavend op te treden door zonedig bestuursdwang toe te passen of zelf trachten de aansluiting af te dwingen door een procedure bij de burgerlijke rechter. Het onderhavige hoofdstuk komt in de plaats van de in te trekken Wkcz.

### **Artikel 28**

#### *Eerste lid*

Dit lid bepaalt dat de zorgaanbieder een regeling moet treffen, en deze schriftelijk moet vastleggen, met betrekking tot de wijze waarop hij zal omgaan met klachten van cliënten. Klachten kunnen betrekking hebben op gedragingen van de zorgaanbieder of van personen van wie deze zich bedient, jegens de cliënt. Onder gedragingen vallen ook nalaten en het innemen van standpunten of het nemen van beslissingen. Met de woorden «jegens de cliënt» wordt duidelijk gemaakt dat niet wordt bedoeld op schendingen van verplichtingen jegens anderen (bijvoorbeeld de cliëntenraad).

De zorgaanbieder heeft een grote mate van vrijheid bij de inrichting van zijn klachtenregeling. Hij moet als terzake kundige bij uitstek in staat worden geacht om de regeling zo in te richten dat zoveel mogelijk klachten in een vroege fase tot een oplossing worden gebracht. In dit verband wordt er op gewezen dat de ervaringen (o.a. bij de behandeling

---

<sup>1</sup> Evaluatie WGBO, pag. 412.



van bezwaarschriften) leren dat een zorgvuldige behandeling van een klacht in veel gevallen leidt tot het wegnemen van onvrede bij klagers, zelfs indien zij uiteindelijk geen gelijk krijgen. Met de formulering «opvang en afhandeling» wordt tot uitdrukking gebracht dat niet kan worden volstaan met een formele aanpak, maar dat ook moet worden geregeld wat de zorgaanbieder, ter vermindering van escalatie en ter ondersteuning van de cliënt, doet vanaf het moment waarop hem is gebleken dat een cliënt ontevreden is over de wijze waarop hij wordt behandeld. Het tweede lid, onder b, stelt ten aanzien van dat aspect nadere eisen. Met de woorden «effectieve en laagdrempelige» zijn kwaliteitseisen aan de regeling gesteld. Het is de bedoeling dat de klachtenopvang en -behandeling effectief is in die zin dat zoveel mogelijk geschillen en problemen in een vroeg stadium worden opgelost, zodat cliënten slechts met echte problemen naar de geschilleninstantie hoeven te stappen. De klachtenprocedure moet ook zodanig worden ingericht dat de cliënt zo min mogelijk zware procedurele barrières, en in elk geval geen onnodige procedurele eisen, ontmoet wanneer hij een klacht aan de orde wil stellen. Op grond van het vierde lid zal de cliëntenraad of een cliëntenorganisatie moeten instemmen met de klachtenregeling. Daarmee is geborgd dat in de klachtenregeling de belangen van cliënten voldoende worden betrokken.

#### *Tweede lid*

De zorgaanbieder moet op grond van het eerste lid zijn klachtenregeling uiteraard inrichten met oog voor de eisen die daaraan moeten worden gesteld, gelet op de aard van de zorg die hij verleent en de bijzondere eigenschappen van de doelgroep van zijn cliënten. Dat kan voor de ene sector leiden tot een lichte inrichting van de klachtprocedure (een functionaris die klachten opvangt en afhandelt) en voor een andere tot een met meer waarborgen omgeven procedure, zoals bijvoorbeeld inschakeling van een commissie die een advies uitbrengt. Om te waarborgen dat klachtenregelingen maximaal bijdragen aan het oplossen en wegnemen van klachten, zijn in het wetsvoorstel enige basiseisen geformuleerd waaraan de klachtenregeling moet voldoen. Het tweede lid regelt welke vereisten dat zijn.

#### *Onderdeel a*

In onderdeel a is voorgeschreven dat de klachtenregeling niet alleen open moet staan voor cliënten en nabestaanden van overleden cliënten, maar ook voor personen die op grond van artikel 4 van het wetsvoorstel in bepaalde gevallen in plaats van of naast de cliënt moeten worden betrokken bij de uitoefening van de cliëntenrechten.

Wat betreft klachten van nabestaanden van een overleden cliënt, is toegang tot de procedure wenselijk, omdat zeer wel denkbaar is dat bij nabestaanden onvrede bestaat over de wijze waarop hun naaste is bejegend bij de zorgverlening of over hun recht op inzage in het dossier van de cliënt. Het onderhavige wetsvoorstel laat de zorgaanbieder de vrijheid zelf te bepalen hoe ruim hij de kring trekt van nabestaanden die van de regeling gebruik kunnen maken.

Zoals gezegd, is het niet alleen de cliënt aan wie de zorg wordt verleend, of een nabestaande van hem, die een klacht kan indienen. Indien de cliënt nog geen twaalf jaar is, dan wel ouder is dan twaalf en jonger dan achttien jaar, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake, wordt op grond van artikel 4 degene die het gezag over hem uitoefent, aangeduid als degene jegens wie de zorgaanbieder zijn verplichtingen moet nakomen en kan ook hij als klager optreden. Hetzelfde geldt voor de curator of de mentor van een meerderjarige aan wie zorg wordt verleend en die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake. Tevens komt het klachtrecht toe aan degene die door een meerderjarige cliënt die

niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake en die geen mentor of curator heeft, tevoren schriftelijk door de cliënt is gemachtigd namens hem op te treden. Tot slot komen andere naasten van de cliënt die de zorg ontvangt, in aanmerking voor de uitoefening van het klachtrecht. De toegang tot de klachtenprocedure moet niet alleen open staan voor een aldus betrokken persoon, maar ook voor zodanige personen die van oordeel zijn dat de zorgaanbieder ten onrechte niet ertoe is overgegaan hen bij zaken te betrekken. Zie ook de toelichting bij artikel 4.

Voorgeschreven is dat een klacht schriftelijk worden ingediend. Dat is van belang om duidelijkheid te hebben over de inhoud van de klacht. Ook is de schriftelijkheid van belang om de tijdige afhandeling te kunnen bewaken (onderdeel f). Daarmee is niet uitgesloten dat een klacht in eerste instantie mondeling bij een functionaris als bedoeld in onderdeel b wordt ingediend en daarna, al dan niet met diens hulp, schriftelijk wordt vastgelegd.

#### *Onderdeel b*

In onderdeel b is bepaald dat de zorgaanbieder in elk geval in zijn klachtenregeling moet voorzien in de aanwijzing van een of meer personen die belast zijn met de ondersteuning van cliënten met klachten. Die ondersteuning moet kosteloos worden verleend en, al naar gelang de behoeften van de cliënt, bestaan uit voorlichting over de mogelijkheden om zijn klacht aan de orde te stellen, advies over eventuele andereklachtprocedures die in aanmerking komen, en eventueel ook bemiddeling tussen de klager enerzijds en de zorgaanbieder of een bij deze werkende persoon die zorg verleent anderzijds, gericht op het vroegtijdig wegnemen van onvrede of het bereiken van een voor alle betrokkenen acceptabele oplossing. De cliënt moet op eenvoudige wijze in contact kunnen treden met een persoon die hem de hier bedoelde ondersteuning kan geven. Ook is vastgelegd dat een dergelijke functionaris zich richt naar de wensen van de klager; hij zal derhalve nimmer mogen handelen op een wijze waarmee de klager niet instemt.

#### *Onderdeel c*

In onderdeel c is bepaald dat de klachtenregeling moet voorzien in een zorgvuldige behandeling van klachten. Deze formulering biedt ruimte voor een regeling waarin in de procedurele behandeling onderscheid wordt gemaakt tussen ernstige en minder ernstige klachten of tussen spoedeisende en minder spoedeisende klachten. In elk geval zal de regeling moeten waarborgen dat de klacht wordt behandeld met inachtneming van de eisen die, gelet op de aard van de relatie, mogen worden gesteld aan een zorgaanbieder die met een klacht van zijn cliënt wordt geconfronteerd.

#### *Onderdeel d*

Ook onderdeel d bevat een zorgvuldigheidsnorm. Deze norm strekt ertoe dat degene die heeft geklaagd, op de hoogte wordt gehouden van de voortgang van de behandeling van de klacht. Daarbij kan ook een prognose worden gegeven over de termijn van afhandeling. Een dergelijke verplichting voorkomt dat er onvrede ontstaat bij de klager over de wijze waarop met de klacht wordt omgegaan.

#### *Onderdeel e*

Onderdeel e strekt ertoe te waarborgen dat de persoon of personen die door de zorgaanbieder zijn belast met het adviseren en ondersteunen van cliënten met klachten, deze taken kunnen verrichten zonder het risico te lopen dat zij door de zorgaanbieder worden ontslagen of anderszins worden benadeeld vanwege handelingen of beslissingen van hen die

behoren tot de normale uitoefening van hun functie, maar die de zorgaanbieder onwelgevallig zijn.

#### *Onderdeel f*

Onderdeel f bepaalt dat klachten zo snel mogelijk moeten worden afgehandeld. Hoe snel dat is, zal per klacht kunnen verschillen; ook dat is in deze bepaling tot uitdrukking gebracht. Tevens is de maximale termijn bepaald waarbinnen de klager een oordeel van de zorgaanbieder moet hebben ontvangen: die termijn bedraagt zes weken, na de schriftelijke indiening. Een ontvangstbevestiging kan helpen misverstanden over de termijn te voorkomen. Omdat er zich gevallen kunnen voordoen waarin de termijn van zes weken te kort zal zijn, is voorzien in een verlengingsmogelijkheid voor de zorgaanbieder. Bepaald is dat de termijn met vier weken kan worden verlengd. In dat geval dient de zorgaanbieder de cliënt hierover schriftelijk te informeren. Als de klager van mening is dat een klacht niet tijdig wordt afgehandeld, staat voor hem de weg naar de geschilleninstantie open.

#### *Onderdeel g*

Onderdeel g verwoordt het belangrijkste aspect van de klachtenregeling. De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat de cliënt, ongeacht de wijze waarop de behandeling van de klacht heeft plaatsgevonden, binnen de hierboven genoemde termijn van zes weken van hem een schriftelijk oordeel ontvangt over de ingediende klacht. Dat oordeel kan bestaan uit een gegrondverklaring of ongegrondverklaring van de klacht, of bijvoorbeeld uit een mededeling dat de cliënt bij de zorgaanbieder voor deze klacht niet aan het juiste adres is en dat deze er dus ook niets aan kan doen. Ook moet in de schriftelijke mededeling staan welke maatregelen de zorgaanbieder naar aanleiding van de klacht jegens de cliënt zal nemen, zoals bijvoorbeeld aanpassing van de zorgverlening of, meer in het algemeen, een wijziging van procedures, alsmede binnen welke termijn dat zijn beslag zal krijgen.

#### *Derde lid*

Dit lid schept de mogelijkheid voor de zorgaanbieder om claims van cliënten tot vergoeding van geleden schade desgewenst langs een andere weg te behandelen dan langs de weg van de klachtenregeling. Hierbij wordt in eerste instantie gedacht aan gevallen waarin (medische) aansprakelijkheid voor door de cliënt geleden schade een rol kan spelen. Veelal zal de zorgaanbieder, al dan niet na overleg met zijn schadeverzekeraar, dergelijke claims langs andere weg willen afhandelen, met name wanneer de schadeclaim een hoog bedrag betreft. Het kan ook aangevoerd worden indien het gaat om een klacht over de onzorgvuldigheid waarmee met spullen van de cliënt is omgegaan, waarbij de cliënt enerzijds vraagt om excuses of verbetering van procedures, maar tegelijk ook aangeeft dat hij de schade vergoed wil hebben. Overigens staat het uitsluiten van toepasselijkheid van de klachtenregeling voor vergoeding van geleden schade niet in de weg aan het desalniettemin toekennen van een vergoeding aan de klager ter goedmaking van ondervonden leed of materiële schade ingeval de zorgaanbieder tot de conclusie komt dat de klager terecht heeft geklaagd.

#### *Vierde lid*

De te treffen klachtenregeling zal moeten worden vastgesteld na overleg en in overeenstemming met een representatief te achten vertegenwoordiging van cliënten. Als er een cliëntenraad is, heeft deze raad instemmingsrecht op grond van artikel 37 juncto artikel 36, eerste lid, onder n. Indien de cliëntenraad niet met de klachtenregeling instemt en er ook geen sprake is van instemming door een organisatie van cliënten, vormt dat gegeven voldoende grond voor een cliënt om bij de geschillen-

stantie te vorderen dat de zorgaanbieder verplicht wordt alsnog een regeling vast te stellen waarmee wel kan worden ingestemd.

#### *Vijfde lid*

Wil het klachtensysteem goed werken, dan is het van belang dat de cliënten weten dat er een klachtenregeling is waar zij gebruik van kunnen maken. Met het oog hierop wordt bepaald dat de zorgaanbieder de klachtenregeling op passende wijze onder de aandacht van zijn cliënten moet brengen. Ook moeten voor de cliënt de naam en de contactgegevens van de functionaris als bedoeld in artikel 2, onderdeel b, gemakkelijk vindbaar zijn. Dat kan geschieden door in daarvoor geschikte ruimten of media daarvan kennis te geven, door deze informatie op een website op te nemen of door cliënten bij de aanvang van de zorgverlening daarop te wijzen.

Tot slot wijzen wij erop dat de zorgaanbieder ingevolge artikel 44 jaarlijks verslag moet doen van de wijze waarop hij de klachten van zijn cliënten afhandelt.

### **Artikel 29**

#### *Eerste lid*

Alle zorgaanbieders zullen zich moeten aansluiten bij een onafhankelijke instantie waarbij hun cliënten in voorkomend geval een bindend advies kunnen verkrijgen over een geschil dat zij met een zorgaanbieder hebben. Het geschil moet gaan over een gedraging van een zorgaanbieder jegens een cliënt. Dit zal veelal betrekking hebben op de afhandeling van een klacht (zie ook artikel 28). Door de vereisten, neergelegd in het tweede lid, in combinatie met de eis dat het moet gaan om een instantie die is ingesteld door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders, is gewaarborgd dat de behandeling van geschillen op zorgvuldige, onafhankelijke en deskundige wijze plaatsvindt. Een geschilleninstantie die voldoende waarborgen heeft getroffen voor een zorgvuldige en onafhankelijke behandeling van geschillen, kan desgewenst erkenning verkrijgen van de Minister van Justitie (Erkenningsregeling geschillencommissies consumentenklachten 1997). Als een cliënt zich na een uitspraak van de geschilleninstantie alsnog tot de rechter wendt, zal de rechter de zaak niet opnieuw inhoudelijk beoordelen, maar marginaal toetsen.

#### *Tweede lid*

In het tweede lid zijn vereisten opgenomen waaraan de geschilleninstantie zal moeten voldoen. Een en ander zal moeten zijn gewaarborgd door de aanwezigheid van een schriftelijke regeling van de werkzaamheden.

#### *Onderdeel a*

In dit onderdeel is bepaald wie een geschil met de zorgaanbieder over gedragingen van een zorgaanbieder jegens een client kan voorleggen aan de geschilleninstantie. Dat zijn in de eerste plaats de categorieën van personen, bedoeld in artikel 28, tweede lid, onder a; dat wil zeggen degenen die door de wet als cliënt worden aangeduid, hun nabestaanden en personen die in hun plaats dan wel samen met de cliënt bij de uitvoering van de wet moeten worden betrokken. De klager kan naar de geschilleninstantie stappen, indien hij het inhoudelijk niet eens is met de wijze waarop zijn klacht is afgedaan. Hoewel het hier niet gaat om een procedure bij een rechter, is er met deze beoordeling van een klacht in tweede aanleg in feite sprake van een soort hoger beroep bij de geschilleninstantie voor gevallen waarin de zorgaanbieder de klacht van de cliënt niet naar bevrediging heeft afgehandeld. Indien de zorgaanbieder wel een

klachtenregeling heeft vastgesteld, maar niet binnen de in artikel 28, tweede lid, onder f, gestelde termijn een oordeel heeft gegeven over de klacht van de cliënt, kan de klager zijn grief rechtstreeks voorleggen aan de geschilleninstantie.

Op het uitgangspunt dat de cliënt geen rechtstreekse toegang heeft tot de geschilleninstantie, is tevens een uitzondering mogelijk gemaakt voor het geval dat behandeling van zijn klacht door de zorgaanbieder niet gewaarborgd was wegens het ontbreken van een klachtenregeling die voldoet aan artikel 28, tweede lid.

Een uitzondering is ook van toepassing indien van een cliënt in redelijkheid niet kan worden verlangd dat hij onder de gegeven omstandigheden een klacht bij de zorgaanbieder zelf indient. Deze zogenaemde hardheidsclausule is opgenomen ten behoeve van cliënten die in een zeer afhankelijke situatie verkeren en die bang zijn dat het voorleggen van hun klacht aan de zorgaanbieder mogelijk vervelende repercussies zal hebben. Er zijn situaties waarin het niet noodzakelijk is dat de cliënt eerst de klachtenprocedure van de zorgaanbieder doorloopt, alvorens naar de geschilleninstantie te stappen. Dat doet zich in ieder geval voor indien in de klachtenregeling is bepaald dat die regeling geen betrekking heeft op klachten over geleden schade. Maar ook indien de klachtenregeling zo'n uitzondering niet kent, is er geen goede reden om de geschilleninstantie niet als eerste instantie een uitspraak te laten doen over claims met betrekking tot geleden schade. Daarom kan de geschilleninstantie schadeclaims rechtstreeks in behandeling nemen.

#### *Onderdeel b*

Op grond van dit onderdeel moet de rechtstreekse toegang tot de geschilleninstantie ook openstaan voor stichtingen en verenigingen met volledige rechtsbevoegdheid, mits daarbij een belang in het geding is dat de desbetreffende rechtspersoon volgens haar statuten behartigt. Een dergelijke bevoegdheid wordt in het burgerlijk recht aangeduid onder de noemer «collectieve actie». De collectieve actie is geregeld in artikel 3:305a van het BW.

Argumenten voor de invoering van een algemene regeling voor de collectieve actie waren onder andere de omstandigheid dat belangenorganisaties kunnen optreden in zaken waar per individu geringe, maar in hun totaliteit aanzienlijke belangen op het spel staan, de omstandigheid dat de drempel in de toegang tot de rechter voor een belangenorganisatie minder hoog is, en de preventieve werking die kan uitgaan van een collectief. Vrijwel iedere rechtsvordering is mogelijk. Voor ontvankelijkheid van een rechtsvordering is niet het type vordering doorslaggevend, maar de vraag of de bij de vordering betrokken belangen zich voor bundeling lenen. Er is één uitzondering: de belangenorganisatie kan geen vordering tot schadevergoeding instellen.

De mogelijkheid tot collectieve actie, bestaande uit het voorleggen van een geschil bij de geschilleninstantie, zal bijvoorbeeld kunnen worden benut wanneer de zorgaanbieder die een instelling in stand houdt, geen regeling inzake klachtenbehandeling heeft vastgesteld. Een uitspraak van de geschilleninstantie kan slechts de belangenorganisatie en de zorgaanbieder binden.

#### *Onderdeel c*

Onderdeel c bepaalt dat de geschilleninstantie bevoegd moet zijn tot het beslissen van het geschil bij wege van bindend advies. Daarmee is er in beginsel sprake van een beide partijen bindende uitspraak; alleen in geval van kennelijk onzorgvuldige behandeling zal deze beslissing via een beroep op de rechter mogelijk nog ongedaan kunnen worden gemaakt. De geschilleninstantie moet bevoegd zijn tot het bindend opleggen van schadevergoeding tot een bedrag van € 25.000,-. Dit bedrag zal pas worden ingevoerd op een datum waarop de reeds functionerende

geschilleninstanties hebben besloten het huidige maximumbedrag tot dat bedrag te verhogen. Tot die datumzal, gelet op artikel 90, het maximumbedragten hoogste € 10.000,- zijn. Daarmee is voor relatief kleine schadeclaims voorzien in een snelle en betrekkelijk eenvoudige procedure.

Of de cliënt een schadeclaim aan de geschilleninstantie dan wel aan de burgerlijke rechter voorleg, blijft aan hem ter beoordeling.

#### *Onderdeel d*

Evenals bij de klachtenregeling van de zorgaanbieder, is het ook bij de geschilleninstantie van belang dat uitspraken niet te lang op zich laten wachten. Het is echter niet doenlijk daarvoor een wettelijke termijn vast te stellen. Wel wordt in onderdeel d bepaald dat in de geschillenregeling in elk geval een voorziening moet zijn getroffen om in spoedgevallen snel een uitspraak te geven. Daarbij zal uiteraard duidelijk moeten zijn dat de aard van het geschil of de daarbij betrokken belangen dat vergen en mogelijk maken.

#### *Onderdeel e*

De geschilleninstantie dient haar uitspraken openbaar te maken. Zodoende kan eenieder daarvan kennis nemen en kan de IGZ beoordelen of zich ontwikkelingen voordoen die haar aandacht vragen. De privacy van personen waarvan een zorgaanbieder zich eventueel bedient en van cliënten, dient daarbij wel gerespecteerd te worden. Daarom dient de geschilleninstantie haar uitspraken voor wat betreft deze personen te anonimiseren alvorens ze openbaar te maken.

#### *Derde lid*

Om een zorgvuldig oordeel te kunnen vellen over aspecten van militaire gezondheidszorg, is kennis van deze sector noodzakelijk. Anders dan in de civiele sector zijn onder andere de geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg en het verlenen van zorg onder operationele omstandigheden.

#### *Vierde lid*

Uiteraard moet ook de regeling van de geschilleninstantie door de zorgaanbieder op passende wijze onder de aandacht van de cliënten worden gebracht.

### **Artikel 30**

Deze bepaling is gelijklopend aan artikel 4 van de Wkcz.

## **Hoofdstuk 5. Medezeggenschap en goed bestuur**

### *Paragraaf 1. Medezeggenschap*

#### **Artikel 31**

Het is van belang dat de cliënten betrokken worden bij het beleid van zorgaanbieders. Als het echter gaat om een vorm van AWBZ-zorg, al dan niet intramuraal, of als er sprake is van andere intramurale zorg, rechtvaardigt de grotere afhankelijkheid van de cliënten van de zorgaanbieder en de instelling dat er wettelijke waarborgen zijn voor een goede inrichting van de medezeggenschap. Voor zorgvormen, voor het ontvangen waarvan betrokkene niet in een accommodatie wordt opgenomen of waarbij de contacten met de instelling meer incidenteel van aard zijn, achten wij geen goede gronden aanwezig daarvoor wettelijke regels te stellen.

Artikel 31 legt vast dat deze paragraaf slechts geldt voor zorgaanbieders die zorg doen verlenen als omschreven bij of krachtens de AWBZ, dan wel

andere zorg voor zover die gepaard gaat met verblijf van de cliënten gedurende het etmaal in een accommodatie. Hierdoor vindt een uitbreiding van de reikwijdte plaats ten opzichte van de Wmcz, als het gaat om particuliere verpleeghuizen en privéklinieken die verblijf leveren. Anderzijds valt de eerstelijnszorg buiten de reikwijdte. De toepasselijkheid is ten opzichte van de Wmcz beperkt tot zorgaanbieders die de zorg in de regel door meer dan tien personen doen verlenen, omdat in organisaties waarin een beperkt aantal mensen zorg verleent, de lijnen kort zijn en de wensen van cliënten gemakkelijk via informeel overleg vernomen kunnen worden.

In dit wetsvoorstel wordt op verschillende plaatsen een onderscheid gemaakt tussen grote en kleine zorgaanbieders, namelijk in artikel 31 (medezeggenschap), artikel 39 (goed bestuur) en artikel 44 (verslag doen over klachten, medezeggenschap en goed bestuur). Hiervoor is de betrekkelijk arbitraire maar uniforme grens gekozen van het aantal van tien zorgverleners. De juridische basis waarop de zorgverleners zijn ingeschakeld, is daarbij niet van belang. Hiervoor is gekozen om te voorkomen dat kleine zorgaanbieders met onevenredig veel administratieve lasten en nalevingskosten te maken krijgen. Anderzijds realiseren we ons het belang van een gelijk speelveld tussen grote en kleine zorgaanbieders. Door de grens van tien personen krijgen traditionele praktijken van huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en dergelijke niet te maken met de betreffende verplichtingen. De artikelen 31 tot en met 38 dienen ter vervanging van de Wmcz.

### **Artikel 32**

xpp regelminder Dit artikel regelt dat cliënten van de in artikel 31 bedoelde zorgaanbieders er recht op hebben dat de zorgaanbieder ten behoeve van hun medezeggenschap een medezeggenschapsregeling vaststelt. Die regeling moet voldoen aan de wettelijke eisen. De zorgaanbieder moet vervolgens ook de stappen zetten om te komen tot het benoemen en installeren van de leden van een cliëntenraad en ervoor zorgen dat hij is aangesloten bij een commissie van vertrouwenslieden die overeenkomstig de wettelijke bepalingen is ingesteld en functioneert. De naleving van dit recht is door de cliënt (of een belangenorganisatie) zonodig af te dwingen, met toepassing van de wettelijk voorgeschreven klachten- en geschillenregeling of door tussenkomst van de rechter.

Dit recht is met name van belang als er nog geen cliëntenraad is of als de zorgaanbieder mocht nalaten zich aan te sluiten bij een commissie van vertrouwenslieden. Als er wel een cliëntenraad is, ligt het voor de hand dat de cliënt eerst met die raad overlegt.

De formulering van de bepaling maakt duidelijk dat het recht van de cliënt en daarmee de afdwingbaarheid door de individuele cliënt geen betrekking heeft op de wijze waarop aan een eenmaal vastgestelde regeling inzake medezeggenschap toepassing wordt gegeven. De cliëntenraad kan op grond van artikel 38 in voorkomend geval meningsverschillen met de zorgaanbieder over de invulling en toepassing van de regeling voorleggen aan de commissie van vertrouwenslieden. Die commissie kan dan bemiddelen of een bindende uitspraak doen.

### **Artikel 33**

#### *Eerste lid*

De zorgaanbieder moet in een schriftelijke regeling vastleggen hoe hij de medezeggenschap van de cliënten inricht. Daarbij moet hij de voorschriften van het tweede tot en met vierde lid en de overige bepalingen van deze paragraaf in acht nemen. De te treffen medezeggenschapsregeling en wijzigingen daarin zullen moeten worden vastgesteld na overleg en in overeenstemming met de fungerende cliëntenraad. Als er

een cliëntenraad is, heeft deze raad instemmingsrecht op grond van artikel 37, tweede lid, juncto artikel 93, vierde lid. Als er voor de instelling nog geen zodanige raad is, zal de zorgaanbieder op grond van artikel 93, vijfde lid, tot overeenstemming moeten komen met een representatief te achten cliëntenorganisatie.

#### *Tweede lid*

De zorgaanbieder moet bij het inrichten van zijn medezeggenschapsregeling in elk geval voorzien in het instellen van een cliëntenraad die tot taak krijgt de gemeenschappelijke belangen van de cliënten bij de zorgaanbieder te behartigen (onderdeel a).

Wat betreft de samenstelling van de cliëntenraad, moet de zorgaanbieder op grond van onderdeel b rekening houden met de aard van de zorg die hij levert en de cliënten aan wie hij die zorg levert; ook moet hij ervoor zorgen dat de cliëntenraad redelijkerwijze representatief is te achten voor zijn cliënten. Dit heeft gevolgen voor het vaststellen van zowel de wijze van aanwijzing van leden van de raad (benoeming dan wel verkiezing), als de categorieën van personen die als lid van de cliëntenraad kunnen worden benoemd of gekozen. Het ligt voor de hand dat een zorgaanbieder die cliënten heeft die in het algemeen zelf in staat zijn te achten om het actieve of passieve kiesrecht uit te oefenen, kiest voor een samenstelling van de raad op basis van verkiezingen door de cliënten zelf uit kandidaten die zelf ook cliënt zijn; indien de zorgaanbieder cliënten heeft die veelal niet zelf in staat zijn actief of passief kiesrecht uit te oefenen, ligt een samenstelling op basis van verkiezing door en uit naaste familieleden meer voor de hand; indien dit niet mogelijk is, zou benoeming van de leden van de raad door of op voordracht van cliëntenorganisaties uit kandidaten die aan in de regeling te stellen voorwaarden voldoen, denkbaar zijn.

De zorgaanbieder moet in de regeling uiteraard ook vaststellen hoeveel leden de cliëntenraad heeft, hoe die worden aangewezen en voor welke termijn zij zitting hebben (onderdeel c).

#### *Derde lid*

In het derde lid is deze verplichting voor de zorgaanbieder nog aangevuld met de verplichting om – indien dat nodig is voor een goede regeling van de medezeggenschap – naast of in plaats van de in het tweede lid bedoelde centrale raad voor de hele zorgaanbieder, decentrale cliëntenraden in te stellen voor te onderscheiden onderdelen van de zorgaanbieder. Daaraan kan gedacht worden wanneer de zorgaanbieder bijvoorbeeld werkzaam is op meerdere locaties of wanneer er te onderscheiden groepen van cliënten zijn met mogelijk niet geheel gelijklopende belangen. Uiteraard moet in dat geval de samenstelling van die andere raden aan dezelfde eisen voldoen als wanneer er slechts één cliëntenraad is en moeten de taken van de verschillende raden en de verdeling wat betreft de uitoefening van bevoegdheden worden geregeld.

Gelet op de zeer uiteenlopende situaties in de zorg, is het niet goed doenlijk op wetsniveau precies te bepalen in welke gevallen er naast of in plaats van de (centrale) cliëntenraad op het niveau van de zorgaanbieder nog andere raden moeten worden ingesteld of hoe de taak- en bevoegdheidsverdeling tussen die raden alsdan moet zijn. Daarom is volstaan met de bepaling dat zulks in de regeling moet worden bepaald. Dit geeft de cliëntenraad, die terzake instemmingsrecht heeft, volop medezeggenschap in de wijze waarop dit wordt geregeld. Wellicht is het mogelijk om in modelreglementen voor sectoren hierover voorbeeldregelingen op te nemen.



#### *Vierde lid*

Een aantal onderwerpen is voor de cliënten in de zorg van zodanig belang dat de cliëntenraad al in de sfeer van de voorbereiding van besluiten van de zorgaanbieder daarbij moet worden betrokken. Zaken als wijziging van de doelstelling of grondslag van de instelling, fusie, overdracht van de zeggenschap of ingrijpende verbouwingen en nieuwbouw zijn van zodanig groot belang voor cliënten dat een instemmingsrecht bij besluiten dienaangaande op zich aangewezen lijkt. Tegelijk gaat het bij dergelijke ingrijpende beslissingen om zaken die rechtstreeks raken aan de beheersverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder; het toekennen van een instemmingsrecht aan een groep van betrokkenen zou ertoe kunnen leiden dat niet slagvaardig genoeg de juiste beslissingen kunnen worden genomen. Om die reden is in het vierde lid bepaald dat in de medezeggenschapsregeling (en derhalve met instemming van de cliëntenraad) moet worden voorzien in een procedure die waarborgt dat de cliëntenraad in het gehele besluitvormingsproces wordt betrokken bij de voorbereiding van zodanige besluiten. Dit bevordert dat de cliëntenraad in een vroegtijdige fase van de besluitvorming wordt betrokken, waardoor de cliëntenraad effectief invloed kan uitoefenen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen bestaan uit het periodiek zodanig informeren van en overleggen met de cliëntenraad dat de raad genoegzaam de gelegenheid heeft zijn inbreng te leveren. Als dat het geval is, bestaat in de fase van het nemen van besluiten ook minder behoefte aan een instemmingsrecht. In artikel 36, eerste lid, is daarom aan de cliëntenraad het recht gegeven over deze onderwerpen te adviseren.

#### *Vijfde lid*

Ook moet de zorgaanbieder alles doen wat nodig is om de raden te installeren. Ondanks de waarborgen voor een bij de categorie van cliënten passende regeling van de medezeggenschap, blijft het denkbaar dat in een instelling in de praktijk gedurende kortere of langere tijd feitelijk geen cliëntenraad functioneert. Het vijfde lid legt de zorgaanbieder in zo'n situatie de verplichting op periodiek opnieuw alles te doen wat noodzakelijk is om te komen tot een functionerende raad.

#### *Zesde lid*

In het zesde lid is vastgelegd dat het de taak, maar ook de bevoegdheid is van de cliëntenraden om hun werkwijze te regelen. De gekozen formulering maakt duidelijk dat de wetgever van oordeel is dat een raad zonnodig ook in rechte kan optreden indien zijn functioneren dat nodig maakt.

#### *Zevende lid*

In het zevende lid is voorzien in de verplichting om de getroffen regeling aan de cliënten kenbaar te maken op een passende wijze. De wijze waarop dat per sector in de zorg het beste kan gebeuren, is ter beoordeling van de zorgaanbieders, maar uiteraard kunnen cliënten – bij verschil van inzicht met de zorgaanbieder over de vraag of de gekozen wijze passend is – daarover zonnodig een klacht indienen of een procedure beginnen bij de geschilleninstantie.

### **Artikel 34**

#### *Eerste lid*

Goede medezeggenschap is wezenlijk voor het realiseren van cliëntgerichte zorg. Dat kost uiteraard geld. Bij het treffen van een regeling dienaangaande is aangesloten bij artikel 22 van de Wet op de ondernemingsraden (Wor). In dit lid is expliciet vastgelegd dat de zorgaanbieder de cliëntenraad het gebruik moet toestaan van de voorzieningen waarover

hij beschikt, uiteraard voor zover de raad die voor het vervullen van zijn taak redelijkerwijs nodig heeft.

#### *Tweede lid*

De kosten die de raad redelijkerwijs moet maken voor de vervulling van zijn taak, komen ook voor rekening van de zorgaanbieder. Daarbij is expliciet gemaakt dat tot die kosten ook behoren de kosten die verband houden met het voorleggen van geschillen over de toepassing van de medezeggenschapsbepalingen aan de commissie van vertrouwenslieden. Organisaties van zorgaanbieders en organisaties van cliënten en cliëntenraden hebben normen vastgesteld voor welke middelen een cliëntenraad nodig heeft voor de vervulling van zijn taak. Deze zijn vastgelegd in een modelfinancieringsregeling. Hierin zijn posten opgenomen zoals coaching, scholing en advies. De modelregeling versterkt de mogelijkheden van cliëntenraden om het budget af te dwingen dat zij nodig hebben. Geschillen tussen de zorgaanbieder en de cliëntenraad over de hoogte van het budget kunnen worden voorgelegd aan de commissie van vertrouwenslieden. Cliëntenraden zijn hierdoor voor hun budget niet afhankelijk van de welwillendheid van de zorgaanbieder.

#### *Derde lid*

De kosten voor het voeren van rechtsgedingen, zoals onder andere voorzien in artikel 41, derde lid, komen ook voor rekening van de zorgaanbieder, maar alleen als de cliëntenraad de zorgaanbieder tevoren van de te maken kosten op de hoogte heeft gesteld. Deze informatieplicht geeft de zorgaanbieder de gelegenheid te bezien of hij ter voorkoming van de kosten mogelijk op andere wijze tot een oplossing met de cliëntenraad kan komen.

#### *Vierde lid*

Het vierde lid maakt het mogelijk dat partijen in plaats van toepassing van de eerste drie leden met elkaar tevoren een budget afspreken dat de cliëntenraad naar eigen inzicht kan besteden. Het ligt voor de hand dat in dat geval kosten die dat budget te boven gaan, slechts door de zorgaanbieder behoeven te worden gedragen als hij daarmee heeft ingestemd. Het lijkt wel aangewezen dat de regeling erin voorziet dat de cliëntenraad ten aanzien van het uiteindelijk te nemen besluit nog een afsluitend advies kan uitbrengen.

#### *Vijfde lid*

Het vijfde lid regelt dat de cliëntenraad niet kan worden veroordeeld in de proceskosten van een geding tegen de zorgaanbieder.

### **Artikel 35**

Een cliëntenraad kan zijn werk niet naar behoren doen als hij niet op de hoogte is van alle relevante zaken die de instelling of de cliënten van de instelling betreffen. Daarom is bepaald dat de zorgaanbieder aan cliëntenraden tijdig alle relevante informatie moet geven en zijn jaarverslag moet sturen.

### **Artikel 36**

#### *Eerste lid*

De zorgaanbieder moet de cliëntenraad steeds tijdig de kans geven te adviseren over voorgenomen besluiten die voor cliënten van belang zijn. De raad kan ook op eigen initiatief adviseren. Het eerste lid bevat een concrete opsomming van onderwerpen waarover de raad moet kunnen adviseren. De opsomming bevat de onderwerpen die ook reeds in de

Wmcz als adviesonderwerpen waren aangewezen, bijgesteld en aangevuld naar aanleiding van het versterken van de positie van de cliënt en de cliëntenraad. Deze onderwerpen zijn toegevoegd omdat ze samenhangen met nieuwe bepalingen in deze wet, zoals de profielschets voor de persoon die cliënten bij klachten desgewenst met informatie, advies en bemiddeling ondersteunt. Daarnaast betreft het onderwerpen die samenhangen met goed bestuur, huisvesting en fusies. Deze aanpassingen zijn gebaseerd op de adviezen van de organisaties van zorgaanbieders, cliënten en cliëntenraden, de Raad van State en het overleg met de Tweede Kamer. Bij enkele van de genoemde onderwerpen is vanwege het specifieke belang voor cliënten in dergelijke situaties een clausulering aangebracht die inhoudt dat daarover slechts adviesrecht bestaat ingeval het zorg betreft aan cliënten die in de regel langdurig dag en nacht in de instelling verblijven.

#### *Tweede lid*

Het spreekt voor zich dat een advies tijdig moet worden gevraagd. Wat tijdig is, is niet in algemene zin aan te geven. In het tweede lid is met de formulering dat het advies moet worden gevraagd op een zodanig tijdstip dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het te nemen besluit, enerzijds tot uitdrukking gebracht dat het advies moet worden gevraagd voordat het te nemen besluit materieel al nagenoeg vaststaat, zodat het advies nog werkelijk van invloed kan zijn bij het nemen van het besluit, en anderzijds ook op een tijdstip dat de cliëntenraad technisch gesproken nog voldoende tijd heeft om werkelijk zorgvuldig te adviseren.

#### *Derde lid*

Ter versterking van de positie van de cliëntenraad, legt het wetsvoorstel vast dat de raad ook ongevraagd kan adviseren. Dat kan ook betrekking hebben op andere zaken die voor cliënten van belang zijn dan de eerder genoemde onderwerpen. Dit initiatiefrecht kan van belang zijn als de zorgaanbieder zelf nalaat met voorstellen te komen. Ten aanzien van een ongevraagd advies gelden dezelfde regels als ten aanzien van gevraagde adviezen; dit impliceert derhalve dat voor het afwijken van een ongevraagd advies over een instemmingsonderwerp zonodig de vertrouwenscommissie moet worden ingeschakeld.

#### *Vierde lid*

De formulering van de onderwerpen waarover de cliëntenraad mag adviseren laat in het midden of het gaat om een besluit van de zorgaanbieder dan wel van een ander. Het is denkbaar dat anderen dan de zorgaanbieder besluiten nemen waaraan de zorgaanbieder gehouden is uitvoering te geven. In dit verband kan worden gedacht aan besluiten die worden genomen door een overkoepelende rechtspersoon, bijvoorbeeld een holding, en die op grond van statutaire of contractuele bepalingen door de zorgaanbieder moeten worden nageleefd. Ook dergelijke besluiten kunnen van belang zijn voor de cliënten van een instelling. Om misverstanden te voorkomen, is in het vierde lid uitdrukkelijk vastgelegd dat de zorgaanbieder ook dergelijke zaken aan de cliëntenraad moet voorleggen ter advisering. Daarmee is een extra waarborg geboden dat in dergelijke situaties ook het belang van de cliënten, via de zorgaanbieder, in de besluitvorming wordt betrokken.

### **Artikel 37**

#### *Eerste lid*

Met gegeven adviezen moet zorgvuldig worden omgegaan. Als waarborg voor goede besluitvorming is in artikel 37 vastgelegd dat de zorgaanbieder geen besluit mag nemen dan na overleg over een uitgebracht advies. Indien hij – na overleg – toch afwijkt van het advies, moet hij dat

uiteraard motiveren (derde lid), maar het overleg over het advies kan uiteraard ook ertoe leiden dat over en weer meer duidelijkheid ontstaat omtrent de overwegingen en argumenten. Mogelijk leidt het overleg tot aanpassing van het advies of tot overeenstemming over een aanpak.

#### *Tweede lid*

Een aantal besluiten is voor cliënten van zo groot belang dat daarbij een zwaarder gewicht wordt toegekend aan het advies van de cliëntenraad; in beginsel kan de zorgaanbieder bij besluiten over de onderwerpen waarvoor dat geldt, niet van een gegeven advies afwijken. Omdat bij besluiten over de genoemde onderwerpen in beginsel niet van het advies van de cliëntenraad mag worden afgeweken, wordt in dit verband wel gesproken van een instemmingsrecht.

Het gaat dan om besluiten, regelingen en beleidsvoornemens die naar hun aard raken aan de kern van de zorgverlening en die van grote invloed zijn op de zorgverlening en vaak ook op de leef sfeer van de cliënten, zoals het algemene beleid met betrekking tot de toelating van cliënten tot de zorgverlening en de beëindiging daarvan en met betrekking tot geestelijke verzorging van en de maatschappelijke bijstand aan cliënten, het beleid ter zake van kwaliteit, veiligheid en hygiëne en ten aanzien van voedingsaangelegenheden van algemene aard en recreatiemogelijkheden, de procedure die wordt gevolgd bij het opstellen van zorgplannen, de vaststelling of wijziging van een regeling als bedoeld in de artikelen 28 (klachtenbehandeling) en 33 (medezeggenschap). Van wat andere aard, maar vaak even belangrijk voor de zorgverlening zijn de benoeming van de personen die belast zullen worden met de leiding van een onderdeel van de zorgaanbieder, een huisvestingsplan voor de lange termijn en het sociaal plan bij een ingrijpende verbouwing van een accommodatie of vervanging daarvan door nieuwbouw, opheffing van een accommodatie of een verhuizing van cliënten naar een andere accommodatie; in deze laatste categorie van gevallen is het instemmingsrecht overigens slechts aan de orde voor zover het betreft zorg aan cliënten die langdurig dag en nacht in de instelling verblijven.

Met het oog op zijn concurrentiepositie is het overigens ook in het belang van de zorgaanbieder dat hij over deze onderwerpen slechts besluiten neemt met instemming van de cliëntenraad. Die instemming geeft immers bepaalde waarborgen voor de cliëntgerichtheid en de aantrekkelijkheid van de zorgaanbieder voor cliënten.

Het ligt uiteraard in de rede dat de zorgaanbieder bij het vragen van advies, juist vanwege dit instemmingsrecht, zo zorgvuldig mogelijk tracht aan te geven, waarom hij, alles overwegende, voornemens is een bepaalde beslissing te nemen. De cliëntenraad zal daar bij zijn advisering ook rekening mee kunnen houden. Indien de cliëntenraad desalniettemin in zijn advies aangeeft dat niet met de voorgenomen aanpak wordt ingestemd, zal de zorgaanbieder in eerste instantie, zoals bij alle adviezen, tot nader overleg met de raad moeten overgaan en moeten trachten de raad te overtuigen van zijn keuze. Indien dat niet leidt tot een andere opstelling van de raad, kan de zorgaanbieder uiteraard zijn voorgenomen beslissing zodanig herzien dat de cliëntenraad daarmee wel kan instemmen. Indien ook dat niet mogelijk blijkt, zal de zorgaanbieder, indien deze de beslissing toch meent te moeten nemen, zich moeten wenden tot de commissie van vertrouwenslieden. Die commissie zal dan, eventueel na bemiddeling, zonodig een bindende uitspraak doen; zie de toelichting bij artikel 38.

#### *Derde lid*

Als de zorgaanbieder een besluit neemt over een onderwerp waarover advies is uitgebracht, ongeacht of dat een zuiver adviesonderwerp dan wel een instemmingsonderwerp betreft, moet hij dat schriftelijk en gemotiveerd aan de cliëntenraad melden. Dit is niet alleen een logisch

vervolg op de eerdere betrokkenheid van de raad, maar stelt de raad ook in de gelegenheid om zonedig een beroep te doen op de nietigheid van het besluit als de zorgaanbieder ten aanzien van een instemmingsonderwerp niet op grond van artikel 38 de toestemming van de commissie van vertrouwenslieden heeft verkregen.

### **Artikel 38**

Voorgescreven is dat de zorgaanbieder moet zijn aangesloten bij een commissie van vertrouwenslieden die kan bemiddelen en een bindende uitspraak kan doen. In dit artikel is bepaald dat de commissie haar werk moet doen op basis van een schriftelijke regeling die bepaalde waarborgen in zich heeft. De regeling moet in de eerste plaats waarborgen dat de cliëntenraad bij deze commissie terecht kan als de zorgaanbieder de artikelen 33 tot en met 37 naar zijn oordeel fout uitvoert. Een cliëntenraad kan op grond van dit artikel dus bij de commissie een geschil aankaarten over het niet ontvangen van informatie of over een beslissing inzake het voor de cliëntenraad beschikbare bedrag. De commissie kan dan via bemiddeling of in de vorm van een bindende uitspraak een uitweg uit de gerezen problemen aandragen. De regeling moet ook inhouden dat de zorgaanbieder bij de commissie terecht kan, namelijk om toestemming te krijgen voor een voorgenomen besluit waarmee de cliëntenraad niet wenst in te stemmen. Daarbij heeft de commissie niet tot taak een algehele nieuwe beoordeling van het voorgenomen besluit te verrichten, maar kan zij slechts «vervangende» instemming geven indien de opstelling van de cliëntenraad door haar als onredelijk wordt gezien of de zorgaanbieder overtuigend aantoonst dat er zwaarwegende redenen zijn om het voorgenomen besluit te nemen. Het instemmingsrecht van cliëntenraden is daarmee vergelijkbaar met het instemmingsrecht voor ondernemingsraden en op scholen.

Voor het geval een zorgaanbieder onverhoopt, met voorbijgaan aan het advies van de cliëntenraad en de bindende uitspraak van de vertrouwenscommissie, bedoeld in artikel 38, tweede en derde lid, gewoon tot uitvoering van zijn besluit mocht overgaan, al dan niet na daarvan mededeling te hebben gedaan, kan de cliëntenraad een beroep doen op de nietigheid van het besluit. Die bevoegdheid bestaat gedurende een maand nadat de raad van het besluit op de hoogte is gesteld of gebleken is dat de zorgaanbieder zich niets van het advies aantrekt. De nietigheid brengt met zich dat al hetgeen plaatsvindt ter uitvoering van het nietige besluit, onrechtmatig is en rechtens geen rol kan spelen. Een simpel beroep op de nietigheid jegens de zorgaanbieder is daarvoor voldoende.

Met betrekking tot het vijfde lid wordt opgemerkt dat om een zorgvuldig oordeel te kunnen vellen over aspecten van militaire gezondheidszorg, kennis van deze sector noodzakelijk is. Anders dan in de civiele sector zijn onder andere de geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg en het verlenen van zorg onder operationele omstandigheden. Om die reden is bepaald dat er nadere regels kunnen worden gesteld.

#### *Paragraaf 2. Goed bestuur*

### **Artikel 39**

#### *Eerste lid*

In het Uitvoeringsbesluit WTZi waren transparantie-eisen met betrekking tot bestuur en bedrijfsvoering opgenomen als voorwaarde waaraan moest worden voldaan voor het verkrijgen van een toelating. Als de toelating eenmaal was verleend, golden deze bepalingen als aan die toelating verbonden voorschrift. Nu dit wetsvoorstel de toelatingseis schrapt, is een

deel van deze bepalingen als zelfstandige eis in dit wetsvoorstel opgenomen; zie de artikelen 40, 41 en 50. Sommige eisen zijn daarbij anders geformuleerd of aangevuld met in de praktijk wenselijk gebleken bepalingen.

Artikel 39 bepaalt dat dit hoofdstuk alleen van toepassing is op zorgaanbieders die zorg doen verlenen door meer dan tien personen en rechtspersoon zijn, met andere woorden: de grotere instellingen. Zowel de voorwaarde van de omvang als die van de rechtspersoonlijkheid zijn beperkingen ten opzichte van de overeenkomstige bepalingen in het Uitvoeringsbesluit WTZi, die van toepassing zijn op alle toegelaten instellingen, ongeacht omvang en eventuele rechtspersoonlijkheid. Aan de andere kant zijn de bepalingen in het Uitvoeringsbesluit WTZi inzake de bestuursstructuur alleen van toepassing op instellingen die AWBZ-zorg of medisch-specialistische zorg leveren en op de overige categorieën van instellingen voor zover daarop artikel 2, eerste lid, van de Wet op de ondernemingsraden van toepassing is. Het onderhavige hoofdstuk kent deze beperking niet.

In dit wetsvoorstel geldt voor alle zorgaanbieders dezelfde ondergrens van tien zorgverleners. Het is niet praktisch om, in een tijd waarin organisaties in toenemende mate bijvoorbeeld medisch-specialistische zorg en huisartsenzorg leveren (zorggroepen), te werken met twee verschillende ondergrenzen. In tegenstelling tot de WTzi gelden de eisen met betrekking tot goed bestuur en bedrijfsvoering in dit wetsvoorstel ook voor privéklinieken en particuliere verzorgings- en verpleeghuizen.

#### *Tweede lid*

In het tweede lid is tot uitdrukking gebracht dat van dit hoofdstuk, in afwijking van het eerste lid, op academische ziekenhuizen slechts artikel 41, derde lid, van toepassing is. Ook onder de werking van het Uitvoeringsbesluit WTZi golden de bepalingen inzake de bestuursstructuur, gesteld op grond van dat besluit, niet voor academische ziekenhuizen. De reden daarvoor was en is dat de bestuursstructuur van die instellingen is geregeld in de Wet op hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Een academisch ziekenhuis is wel gehouden om medezeggenschap door een cliëntenraad vorm te geven. Het ligt voor de hand om die cliëntenraad dezelfde bevoegdheid te geven inzake het enquêterecht als cliëntenraden van andere (algemene) zorginstellingen.

### **Artikel 40**

#### *Eerste lid*

De onderdelen a tot en met f stellen enige eisen aan de statuten op het punt van het toezichthoudende orgaan en het bestuur om te waarborgen dat het bestuur van zorginstellingen op kwalitatief goed niveau plaatsvindt.

Onderdeel a verplicht de zorgaanbieder tot het instellen van een toezichthoudend orgaan. Dit betreft een raad van toezicht of een raad van commissarissen, afhankelijk van de rechtsvorm van de zorgaanbieder en diens voorkeur. Een afzonderlijk orgaan, naast het bestuur, voor het interne toezicht achten wij van belang voor een helder onderscheid in taken en bevoegdheden. De verplichting om een toezichthoudend orgaan te hebben, geldt voor elke afzonderlijke zorgaanbieder, ook wanneer de zorgaanbieder deel uitmaakt van een groep met andere zorgaanbieders. Indien gewenst kunnen dezelfde personen deel uitmaken van de verschillende toezichthoudende organen binnen de groep, mits daarmee de onafhankelijkheid van het functioneren van deze leden niet in gevaar komt.

In onderdeel b is bepaald dat de leden van het toezichthoudende orgaan natuurlijke personen zijn die geen persoonlijk belang mogen hebben bij de zorgverlening. Daarnaast is vastgelegd dat de leden ten opzichte van

elkaar, het bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch moeten kunnen opereren. Die onafhankelijkheid is essentieel voor het onderzoeken, bevragen, beoordelen en ingrijpen, zoals dat van een interne toezichthouder verwacht mag worden.

Onderdeel c schrijft een minimumaantal van drie personen voor, om te waarborgen dat belangrijke afwegingen van het toezichthoudende orgaan in een dialoog door meerdere personen kunnen worden voorbereid en gemaakt. Dit waarborgt tevens dat in geval van ontstentenis van één van leden de toezichthoudende functie kan blijven worden uitgeoefend.

Onderdeel d bepaalt dat statutair gewaarborgd dient te zijn dat de leden van het toezichthoudende orgaan in staat zijn tot een goede taakvervulling. Om deze belangrijke taak goed te kunnen vervullen, zullen zij daarvoor voldoende tijd beschikbaar moeten hebben en zal door de zorgaanbieder een beperking gesteld kunnen worden aan het aantal nevenfuncties. De Zorgbrede Governancecode hanteert geen absoluut maximumaantal bestuurlijke of toezichthoudende functies. Deze code verwijst als richtsnoer naar de norm van de Nederlandse corporate governance code, waar een maximum van vijf wordt gehanteerd, ten aanzien van het aantal commissariaten van één persoon, waarbij een voorzitterschap dubbel wordt geteld.

In onderdeel e wordt vervolgens opgesomd over welke onderwerpen het toezichthoudende orgaan in ieder geval besluiten moet nemen. Met het oog op de gewenste professionalisering van bestuur en toezicht in de zorg achten wij het van belang vast te leggen dat een toezichthoudend orgaan in de zorg besluiten neemt omtrent het benoemen, schorsen, ontslaan en bezoldigen van de bestuursleden. Uit oogpunt van de gewenste onafhankelijkheid van de leden van het toezichthoudende orgaan en het onafhankelijk kunnen functioneren ervan, dient in de statuten vastgelegd te zijn dat het bevoegd is om zijn eigen leden te benoemen. Met het oog op de rol van klankbord en interne toezichthouder zijn als taken vastgelegd het goedkeuren van de jaarrekening en het verlenen van décharge aan het bestuur.

#### *Tweede lid*

De toenemende aandacht voor de kwaliteit, waaronder met name de veiligheid, vereist naar onze mening dat binnen het bestuur van rechtspersoonlijkheid bezittende instellingen uitdrukkelijk één of meer bestuurders in het bijzonder zijn belast met de behartiging van het belang van dat aspect van de zorg. Hierdoor hebben cliënten, zorgverzekeraars, de IGZ en anderen een aanspreekpunt binnen het bestuur inzake de kwaliteit van de zorg. Dit doet overigens niets af aan de verantwoordelijkheid van het voltallige bestuur voor de kwaliteit van de zorg.

#### *Derde lid*

Wij achten de onafhankelijkheid van alle leden van het toezichthoudende orgaan van groot belang. Om zelfs maar de schijn van belangenverstrengeling te vermijden, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de leden van het toezichthoudende orgaan. De nadere regels daaromtrent die op grond van het derde lid bij amvb kunnen worden gesteld, zullen het uitgangspunt dienen te vormen voor de benoeming van de leden van het toezichthoudende orgaan. Wanneer gebruik gemaakt wordt van deze gedelegeerde bevoegdheid, zal daarbij rekening worden gehouden met de bestaande governance codes. Ook gedurende de benoemingsperiode moeten de leden aan deze eisen blijven voldoen. Het is denkbaar dat regels gesteld worden om te voorkomen dat een lid van het toezichthoudende orgaan de onafhankelijkheid van het orgaan in gevaar brengt. Daarbij kan gedacht worden aan het uitsluiten van werknemers of bestuurders van de zorgaanbieder van het lidmaatschap van het toezichthoudende orgaan, maar ook aan het uitsluiten van personen die in de jaren voorafgaand aan de benoeming een belangrijke zakelijke relatie met

de zorgaanbieder hadden of die bij benoeming nog hebben en van personen die een relevant aandelenpakket houden in de zorgaanbieder.

#### *Vierde lid*

Deze bepaling maakt een rechterlijke tussenkomst mogelijk indien sprake is van taakverwaarlozing door een lid van het toezichthoudende orgaan of van vermoedens dat een toezichthoudend lid niet langer onafhankelijk kan functioneren. Met het oog op het waarborgen van de gewenste onafhankelijkheid van het toezichthoudende orgaan ligt het voor de hand om niet een ander orgaan van de instelling directe zeggenschap te geven over het toezichthoudende orgaan. Daarom wordt hierbij tussenkomst van de rechter geregeld.

Deze bevoegdheid kan bij een maatschappelijke onderneming ook berusten bij de belanghebbendenvertegenwoordiging. Het ligt voor de hand dat als zowel de belanghebbendenvertegenwoordiging als de cliëntenraad overweegt een verzoek in te dienen, deze verzoeken gebundeld worden.

#### *Vijfde lid*

Ernstig verwijtbare onbehoorlijke taakvervulling van bestuurders kan op grond van artikel 2:9 van het BW leiden tot persoonlijke aansprakelijkheid van de bestuurder jegens de rechtspersoon. Naar onze mening dient ook het functioneren van de leden van het toezichthoudende orgaan toetsbaar te zijn en dienen ook de leden van dat orgaan persoonlijk aansprakelijk te kunnen worden gesteld. Daarom wordt artikel 2:9 BW op hen van overeenkomstige toepassing verklaard.

### **Artikel 41**

#### *Eerste lid*

In de Wmcz was voorzien in de bevoegdheid voor de cliëntenraad om een bestuurslid van de zorgaanbieder te benoemen, dan wel, indien het bestuur van de zorgaanbieder in handen was van personen in dienst van de zorgaanbieder, een lid te benoemen van het toezichthoudende orgaan van de zorgaanbieder. In het licht van een heldere toedeling van verantwoordelijkheden wordt het niet langer gewenst geacht zorgaanbieders te verplichten cliëntenvertegenwoordigers in hun bestuur op te nemen. Met dit wetsvoorstel wordt de zorgaanbieder nadrukkelijk aangesproken op zijn verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg vanuit het perspectief van de cliënt en wordt de cliënt voorzien van afdwingbare rechten jegens de zorgaanbieder. Daarbij past niet langer een dergelijke verplichting.

Omdat cliëntgerichtheid in de zorg een zeer belangrijk aspect is, is met dit artikel wel voorzien in het recht voor de cliëntenraad dan wel de gezamenlijke cliëntenraden van de zorgaanbieder om voor één lid van het toezichthoudende orgaan een bindende voordracht te doen.

#### *Tweede lid*

Uiteraard moet ook een door de cliëntenraad voorgedragen lid van de toezichthoudende instantie zijn taken zonder last of ruggespraak en onafhankelijk kunnen vervullen. Daarom is bepaald dat het toezichthoudende orgaan, in het geval onverhoopt gegronde redenen aanwezig mochten zijn om daaraan te twijfelen, aan de ondernemingskamer van het gerechtshof te Amsterdam kan verzoeken aan de bindende voordracht het bindende karakter te ontnemen. De rechter kan dat dan doen als hij van oordeel is dat het toezichthoudende orgaan bij benoeming van betrokkene niet langer aan de eisen van artikel 40, eerste lid, onder b, voldoet. Mocht dit zich voordoen, dan zal de cliëntenraad de gelegenheid moeten worden geboden een nieuwe bindende voordracht te doen.



### *Derde lid*

Artikel 6.2 van het Uitvoeringsbesluit WTZi bepaalt dat, indien een instelling de rechtsvorm van vereniging of stichting heeft, de statuten aan een orgaan dat de cliënten vertegenwoordigt, de bevoegdheid moeten toekennen tot het indienen van een enquêteverzoek bij de ondernemingskamer wegens wanbeleid van de instelling. Wij kennen die bevoegdheid in dit wetsvoorstel rechtstreeks toe aan de cliëntenraad; de zorgaanbieder hoeft hierover geen bepalingen in de statuten op te nemen. Dit bewerkstelligt dat in ieder geval de cliëntenraad van de instelling (naast anderen die eventueel in de statuten worden aangewezen) de mogelijkheid heeft om een enquêteverzoek in te dienen. Door een betere bekostiging van de cliëntenraad, is de cliëntenraad ook beter geëquipeerd om die bevoegdheid uit te oefenen. Met deze bepaling is het niet meer mogelijk dat zorgaanbieders in de statuten voorwaarden stellen die het indienen van een enquêteverzoek voor een cliëntenraad praktisch onmogelijk maken. Voorts breiden wij de bevoegdheid uit naar alle rechtsvormen. Weliswaar hebben bij BV's aandeelhouders reeds de mogelijkheid om een enquêteverzoek in te dienen, maar hun invalshoek zal een andere zijn dan die van de cliëntenraad van zo'n BV. Ook worden, anders dan in het Uitvoeringsbesluit WTZi, rechtspersonen met meer dan tien, maar minder dan vijftig werknemers niet uitgezonderd om te voorkomen dat de ene cliëntenraad (in een organisatie waar minder dan vijftig mensen werken) geen enquêterecht krijgt en de andere (in een organisatie waar vijftig of meer mensen werken) wel. Ook een belanghebbendenvertegenwoordiging van een maatschappelijke onderneming kan een enquêteverzoek indienen. Het ligt voor de hand dat als zowel de belanghebbendenvertegenwoordiging als de cliëntenraad overweegt een verzoek in te dienen, deze verzoeken gebundeld worden. De kosten van een enquêteprocedure komen voor rekening van de zorgaanbieder op grond van artikel 34, vijfde lid. Deze kosten hebben betrekking op het voorbereidend onderzoek en de ondersteuning door een advocaat.

## **Hoofdstuk 6. Overige bepalingen**

### *Paragraaf 1. Beschikbaarheid en inzichtelijkheid*

#### **Artikel 42**

De Beleidsregels Wtzi (Stcrt. 2009, 14401) bevatten een paragraaf, getiteld «Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg (acute somatische en acute gecombineerde somatische/psychiatrische zorg)» en een paragraaf «Voorbereiding op opgeschaalde hulpverlening». Deze beleidsregels, die te allen tijde van kracht zijn voor toegelaten instellingen, schrijven voor dat terzake afspraken worden gemaakt tussen de desbetreffende veldpartijen. Nu wij voorstellen om de Wtzi in te trekken, willen wij het waarborgen van de beschikbaarheid van de spoedeisende zorg als zelfstandige eis in dit wetsvoorstel opnemen.

Artikel 42 geeft de minister de bevoegdheid, per gebied (regio) een zorgaanbieder, doorgaans een traumacentrum, aan te wijzen die passende afspraken moet maken met andere zorgaanbieders en andere daarvoor in aanmerking komende veldpartijen, zoals zorgverzekeraars, over het waarborgen van spoedeisende zorg, met specifieke aandacht voor opgeschaalde zorg in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen; het gaat bijvoorbeeld om het maken van een Regionaal Opvang Plan en het meewerken aan op regionaal niveau georganiseerde opleidingen en oefeningen (Opleiden, Trainen en Oefenen). Over de verlening van geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg in crisissituaties moeten de betrokken zorgaanbieders in ieder geval afspraken maken met de zorgkantoren.

Wat onder spoedeisende zorg wordt verstaan, leent zich door de nogal eens veranderende aanduiding niet voor omschrijving bij wet. Bij amvb kan op grond van het tweede lid de inhoud van het begrip worden aangegeven, en kan krachtens die amvb de minister bij de aanwijzing eventueel nadere regels stellen. In de huidige praktijk gaat het om de acute zorg (regionaal overleg acute zorgketen), om de geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg in crisissituaties en om de opgeschaalde hulpverlening bij rampen en ongevallen. Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen zelf verantwoordelijk voor de variatie en differentiatie en invulling.

Bij de organisatie van de spoedeisende hulpverlening wordt uitgegaan van de ketenbenadering. Allereerst is er de «veldnorm» voor ambulancezorg, die aangeeft dat patiënten die acute zorg nodig hebben, binnen een kwartier door een ambulance bereikt moeten kunnen worden om de primaire behandeling te laten beginnen. Op huisartsen rust de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn. Voorts dienen de afspraken ervoor te zorgen dat er aansluitend een werkend systeem is (7x24 uur) waarin op voorhand duidelijk is naar welke zorgaanbieder de betrokken patiënt vervoerd kan c.q. moet worden. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen. Deelnemers aan het regionale overleg acute zorgketen kunnen alleen (tijdelijk) stoppen met functies op een bepaalde locatie als de norm om een SEH-afdeling van een ziekenhuis per ambulance binnen 45 minuten te bereiken, niet in gevaar komt. Deze bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden.

Ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in ggz-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten dienen te worden betrokken bij het regionale overleg acute zorgketen, en dienen de in dat overleg gemaakte afspraken na te komen.

De afspraken moeten voorkomen dat een zorgaanbieder met een voorgenomen wijziging in het zorgaanbod niet meer voldoet aan de bereikbaarheidsnorm; dit kan bijvoorbeeld resulteren in het afzien van sluiting van de SEH-afdeling op het niveau van een ziekenhuis op een bepaalde locatie.

De minister kan de eis van het tot stand komen van goede afspraken en de naleving daarvan kracht bijzetten door zorgaanbieders die in de naleving van artikel 42 onder de maat presteren, op grond van artikel 60 een aanwijzing te geven.

### **Artikel 43**

Nu met het intrekken van de Wtzi de toelating vervalt, zou zonder vervangende regeling niet goed na te gaan zijn welke zorgaanbieders in Nederland werkzaam zijn. Om zowel cliënten als toezichthouders toch een overzicht te bieden, stellen wij voor dat de minister een register in stand houdt, waarin alle zorgaanbieders, zowel natuurlijke personen als instellingen, worden opgenomen. Met nadruk zeggen wij: alle zorgaanbieders; zowel de zelfstandig zorg verlenende zorgaanbieders als de zorgaanbieders die een instelling in stand houden, zullen daarin worden opgenomen, ongeacht de wijze van financiering. Ook zorgaanbieders die onverhoopt niet in het register voorkomen, zijn desalniettemin gehouden de wet na te leven. Het register zal gegevens bevatten over wie, waar, welke zorg verleent, zodat de cliënt weet waar hij welke zorg kan

verkrijgen en de toezichthouder zijn toezichtarrangementen op een adequate en efficiënte manier kan vormgeven. De minister zal vooral het Handelsregister en de jaarverantwoordingsdocumenten als bron gebruiken.

Ingevolge het tweede lid zal de minister ervoor zorg dragen dat het register van zorgaanbieders en het Big-register in onderling verband zijn in te zien. Voorts zal een koppeling worden gelegd met de gegevens over de tarieven voor en de kwaliteit van de zorg die de desbetreffende zorgaanbieder op grond van artikel 38 Wmg openbaar heeft gemaakt, alsmede met de door de zorgaanbieders ingediende jaardocumenten.

#### **Artikel 44**

Met dit artikel wordt de verplichte jaarlijkse indiening van een aantal verslagen en andere stukken, thans verspreid over verschillende wetten, samengevoegd en uitgebreid. In artikel 44 geven wij een globale aanduiding van de onderwerpen waarop de jaarstukken betrekking hebben, gerelateerd aan de categorieën van zorgaanbieders die de desbetreffende stukken moeten indienen. Artikel 45, eerste lid, onderdeel c, legt de minister de plicht op bij regeling aan te geven welke gegevens de jaarstukken concreet moeten bevatten. In dit verband wijzen wij op het «Jaardocument Zorg», dat sinds enige jaren het elektronische voertuig is voor de verstrekking van jaarstukken door de zorgaanbieders die op grond van de Wtzi daartoe verplicht zijn. Het gaat in die wet om de zorgaanbieders die zorg leveren waarop aanspraak bestaat op grond van de AWBZ alsmede de instellingen voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra). Dat jaardocument is niet beperkt tot de gegevens die op grond van de Wtzi moeten worden ingediend; het bevat ook onderdelen over de kwaliteit, de klachtenbehandeling, de medezeggenschap en de toepassing van de governancecode. Ingevolge de op basis van het tweede lid van artikel 45 vast te stellen ministeriële regeling voldoen de betrokken zorgaanbieders met het indienen van een volledig ingevuld jaardocument aan al hun verplichtingen inzake de jaarstukken over de in artikel 44 genoemde onderwerpen. In de komende tijd zal voor alle categorieën zorgaanbieders waarvoor op dit moment nog geen modeljaardocument beschikbaar is, een elektronisch model jaardocument beschikbaar komen. Dit vermindert de administratieve lasten voor zorgaanbieders en maakt een koppeling met gegevens uit het register van artikel 43 mogelijk. Om te zorgen dat er een wettelijke basis is voor een uitbreiding van het aantal categorieën waarvoor een modeljaardocument kan worden voorgeschreven, is in artikel 44, tweede lid, bepaald dat de categorieën die jaarrekening en jaarverslag moeten indienen, bij amvb worden aangewezen. In eerste instantie zal worden aangesloten bij de huidige groep (zorgaanbieders die zorg leveren als omschreven bij of krachtens de AWBZ of medisch-specialistische zorg).

Artikel 44 geldt, in tegenstelling tot de Wtzi, ook voor privé-klinieken in de curatieve en de verzorgende sfeer. Hiermee is rekening gehouden in de berekening van de administratieve lasten.

Voor alle zorgaanbieders geldt dat zij een kwaliteitsjaarverslag indienen. Tot nu toe behoefde dat alleen door zorginstellingen te worden ingediend op grond van artikel 5 van de Kwaliteitswet; de Wet big kent geen verplicht verslag. Met het starten van het programma «zichtbare zorg» wordt er serieus werk gemaakt van het transparant maken van de kwaliteit van de hele gezondheidszorg. Nu het nieuwe stelsel erop is gericht dat de cliënt weloverwogen een keus moet kunnen maken tussen de verschillende zorgaanbieders, is er geen reden om van solistisch werkzame zorgaanbieders wel te eisen dat zij aan de kwaliteitseisen voldoen, maar

niet dat zij daarover verantwoording moeten afleggen. Met het oog op de beperking van de administratieve lasten zal het verslag van een zelfstandig werkende zorgaanbieder aanmerkelijk eenvoudiger kunnen zijn dan het verslag van een ziekenhuis.

Het tweede verslag dat wordt gevraagd, is het verslag inzake de klachtenbehandeling, dat thans ingevolge de Wkcz moet worden ingediend. Met het oog op de beperking van de administratieve lasten zijn alleen zorgaanbieders die zorg doen verlenen door meer dan tien personen tot de indiening van zo'n klachtenjaarverslag verplicht. De overige zorgaanbieders zullen natuurlijk wel aan de bepalingen inzake de klachtenbehandeling zelf moeten voldoen. De IGZ kan steekproefsgewijs nagaan hoe zij de wet naleven. De omschrijving van de inhoud van het klachtenjaarverslag zal door de minister op grond van artikel 45, eerste lid, onder c, worden vastgesteld en zal niet afwijken van wat tot nu toe werd gevraagd, behoudens voor zover dat door de nieuwe opzet in dit wetsvoorstel wordt geëist.

Het derde onderwerp waar de jaarstukken aandacht aan moeten besteden, is de medezeggenschap. Uit de tabel blijkt dat alleen de zorgaanbieders die in instellingsverband zorg doen verlenen als omschreven bij of krachtens de AWBZ of andere zorg, mits die gepaard gaat met verblijf en in de regel wordt uitgevoerd door meer dan tien personen, een verslag terzake moeten indienen. Dit sluit uiteraard aan bij de werkingssfeer van hoofdstuk 5, paragraaf 1. Ook hier geldt dat reeds thans ingevolge de Wmcz een jaarverslag moet worden ingediend; de aard van het onder dit wetsvoorstel in te dienen verslag zal daar niet van afwijken, wel zal de minister bij het nader omschrijven op grond van artikel 45, eerste lid, onder c, van de nadere inhoud rekening houden met de nieuwe regels; zo zal ook aandacht moeten worden besteed aan het budget dat de cliëntenraden voor hun taak krijgen. Doordat kleine instellingen niet langer een verslag over medezeggenschap hoeven in te dienen, verminderen de administratieve lasten.

Het vierde onderwerp is «goed bestuur». De ontwikkeling naar meer ruimte en verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieder brengt met zich mee dat de zorgaanbieder zich publiekelijk dient te verantwoorden over de strategische besluitvorming en zijn functioneren in het algemeen. De algemene opvattingen over de normen voor goed bestuur en toezicht – zoals verwoord in deze wet en in de Zorgbrede Governancecode – scheppen een duidelijk kader, waarmee deze betrokkenen zich een beeld kunnen vormen van het functioneren van bestuurders en interne toezichthouders. Zorgaanbieders voor wie de bepalingen met betrekking tot goed bestuur van toepassing zijn, moeten over die toepassing en over de toepassing van de Zorgbrede Governancecode verantwoording afleggen. Dit is nu reeds het geval op grond van de Wtzi.

Het vijfde onderwerp betreft de thans door zorginstellingen op grond van artikel 15 van de Wtzi in te dienen financiële jaarstukken, zoals het jaarverslag, de jaarrekening en de begroting, ook wel de «Maatschappelijke verantwoording» genoemd. Handhaving van de indieningsplicht is wenselijk omdat de minister, mede met het oog op het waarborgen van een goede kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg op de hoogte moet blijven van de wijze waarop instellingen worden geëxploiteerd. Daarnaast is het wenselijk dat de betrokken zorgaanbieders in de openbaarheid verantwoording afleggen over hun maatschappelijke rol en de besteding van gemeenschapsgeld. Alle zorgaanbieders moeten reeds op grond van het BW een jaarrekening en jaarverslag maken. Evenals de regelgeving in het kader van de Wtzi, zal deze wet borgen dat de jaarverslaggeving voldoet aan de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving zoals vastgesteld

door de Raad voor de Jaarverslaggeving, in het bijzonder Richtlijn 665 Zorginstellingen. Deze richtlijn borgt onder meer dat de inkomens van bestuurders in de jaarstukken aan de orde komen. Uiteraard moet de inrichting van jaarrekening en jaarverslag voldoen aan de waarborgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering als bedoeld in artikel 50.

## **Artikel 45**

### *Eerste lid*

In het eerste lid is bepaald dat de minister nadere regels stelt inzake het registreren van gegevens en verstrekken van bewerkte gegevens door zorgaanbieders om daarmee een goede uitvoering van deze wet mogelijk te maken. Deze regels worden gesteld met het oog op het recht van de cliënt op goede zorg, het recht op keuze-informatie en het waarborgen van de kwaliteit van de zorg. Deze rechten kunnen pas worden ingevuld als zorgaanbieders een zodanig beeld van zichzelf geven, dat de ontvanger van de informatie (de cliënt, de IGZ, de minister, etc.) de verschillende zorgaanbieders met elkaar kan vergelijken.

De zorgaanbieder registreert gegevens die voldoen aan de eisen die de minister aan de registratie stelt. Voor de vergelijkbaarheid van de verschillende zorgaanbieders is het noodzakelijk dat het vastleggen en het openbaar maken van de bewerkte gegevens zoveel mogelijk gestandaardiseerd plaatsvindt. De zorgaanbieder zendt de kwaliteitsgegevens in bewerkte, geaggregeerde vorm naar een door de minister aan te wijzen instantie (eerste lid, onder a), die deze gegevens verder bewerkt om vergelijking van de gegevens mogelijk te maken. De keuze-informatie die de cliënt krijgt, de kwaliteitsinformatie in de maatschappelijke verantwoording en openbare marktinformatie zijn dubbel bewerkte, niet tot cliënten herleidbare gegevens. Ter voorkoming van openbaarmaking van onvoldoende vergelijkbare gegevens in de maatschappelijke verantwoording is in het eerste lid, onder b en d, bepaald dat de minister regelt welke gegevens alleen in bewerkte vorm worden verstrekt aan de cliënt dan wel openbaar mogen worden gemaakt. Onderdeel c legt de minister de plicht op bij regeling aan te geven welke gegevens de jaarstukken concreet moeten bevatten om maatschappelijk verantwoording af te leggen. Zie de toelichting bij artikel 44. De bewerkte kwaliteitsgegevens zijn hiervan een onderdeel.

Het feit dat de zorgaanbieders – kleine zorgaanbieders en individuele beroepsbeoefenaren inbegrepen – in hun naam kunnen worden aangetast doet niet af aan de verplichtingen uit deze bepaling.

### *Tweede lid*

De minister kan op basis van het tweede lid bepalen dat het bij hem indienen van de jaargegevens op een bepaalde wijze moet geschieden; zo zullen, zoals hierboven is gezegd, onder meer de intramurale en thuiszorginstellingen aan hun verslagverplichtingen kunnen voldoen door het invullen van één document, namelijk het (elektronische) «Jaardocument Zorg».

### *Derde lid*

Vaststelling van de regels inzake keuze-informatie (artikel 13 van dit wetsvoorstel) geschiedt na overleg met de NZa, gezien de bevoegdheid van de NZa om regels te stellen met betrekking tot marktinformatie. Omgekeerd stelt de NZa de regels op grond van artikel 38, zesde lid (nieuw), van de Wmg vast na overleg met Onze Minister (artikel 81, onder C, van dit wetsvoorstel). Belangrijk onderdeel van de keuze-informatie zijn de kwaliteitsindicatoren die tot stand komen onder de regie van het programmabureau Zichtbare Zorg. De rol van de NZa is beperkt tot het adviseren van dit bureau over de keuze van de sectoren waar kwaliteitsin-

dicatoren voor ontwikkeld zouden moeten worden en het zondig afdwingen dat zorgaanbieders de informatie aanleveren om deze kwaliteitsindicatoren te «vullen».

## *Paragraaf 2. Financiële voorzieningen*

### **Artikelen 46 en 47**

Het College sanering zag als «Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen» het licht in het bij koninklijke boodschap van 12 februari 1976 ingediende voorstel van wet tot wijziging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, houdende uitbreiding van de mogelijkheden tot bereiking van de doelstelling van de wet<sup>1</sup>. Die doelstelling was het verwezenlijken van een doelmatig stelsel van ziekenhuisvoorzieningen. Dat stelsel kon bereikt worden zowel door ziekenhuizen te (doen) bouwen waar ze nodig waren, als ze te (laten) sluiten waar er geen behoefte meer aan was. Om (vrijwillige of opgelegde) sluiting niet te laten afstuiten op financiële tekorten die daarbij konden ontstaan, voorzag de regering in de mogelijkheid van een uitkering om te voorzien in de financiële gevolgen van «sanering», zoals de sluiting werd genoemd. De concrete toepassing daarvan werd opgedragen aan de Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen.

Het College sanering zorginstellingen, zoals het bestuursorgaan thans nog heet, kreeg er in de loop der jaren verschillende, al dan niet wettelijk geregelde, taken bij. Zo kreeg het de in artikel 18 Wtzi neergelegde taak om het afstoten door zorginstellingen van onroerende zaken, die blijvend niet meer voor de instelling werden gebruikt, te begeleiden. Het college kreeg ook de taak te voorzien in de financiële gevolgen van sanering van ambulancevervoer of van de opheffing of wijziging van een vestigingsplaats van een meldkamer (artikel 12a Wet ambulancevervoer), en in de financiële gevolgen van het intrekken van een vergunning op grond van artikel 6, vijfde lid, van de Wbm. Ten slotte wordt het college door de minister regelmatig ingeschakeld als een der adviseurs bij het oplossen van financiële problemen van zorginstellingen.

Het intrekken van de Wtzi stelde ons voor de vraag of daarmee ook het College sanering zou moeten verdwijnen. Om de volgende redenen achten wij het onwenselijk het college op te heffen. Allereerst handhaven wij in artikel 51 de bevoegdheid tot het vaststellen van een saneringsuitkering; nu het College sanering op dat gebied deskundigheid heeft opgebouwd, is het niet zinvol die bevoegdheid aan een ander bestuursorgaan te geven. Ten tweede leggen wij in de artikelen 49 en 50 beperkende regels vast inzake het doen van winstuitkeringen door zorginstellingen en regels inzake de transparantie van de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Winstuitkeringen en transparantie van geldstromen bij de bedrijfsvoering zijn onderwerpen die samenhangen met het streven om het weglekken van collectieve middelen uit de zorg tegen te gaan. Met dat onderwerp heeft het College sanering zich bezig gehouden in het kader van artikel 18 Wtzi inzake het afstoten van onroerende zaken. Kortom, het gaat hier om zaken waarin het College sanering bij uitstek deskundig is. Vooralsnog blijft de taak van het college met betrekking tot de verkoop van onroerend goed op grond van artikel 18 Wtzi bestaan. (Zie ook de toelichting bij artikel 67, vierde lid.)

### **Artikel 48**

Ter uitvoering van de eerste twee genoemde taken zal het College sanering gebruik maken van de stukken die zorgaanbieders op grond van artikel 44 moeten indienen. Voor de uitvoering van de saneringsbepaling, artikel 51 komt het college in actie zodra een instantie die een besluit als

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 1975/76, 13 796.

bedoeld in dat artikel heeft genomen, daarvan kennis heeft gegeven aan het college.

#### **Artikel 49**

Artikel 5, tweede lid, van de Wtzi bepaalt dat aan een instelling die winstoogmerk heeft, alleen een toelating kan worden verleend als die instelling behoort tot een bij amvb aangewezen categorie. Wij handhaven de status quo met betrekking tot het «winstverbod» in artikel 49 van dit wetsvoorstel. Dezelfde categorieën van zorgaanbieders aan wie de wetgever op dit moment geen toestemming verleent om een winstoogmerk na te streven, zullen ook op grond van de Wcz te maken krijgen met een winstverbod. In de amvb zullen dezelfde categorieën van zorgaanbieders aangewezen worden en deze zullen dezelfde ruimte behouden als onder de Wtzi. In de Wtzi geldt een materieel verbod op het voeren van een winstoogmerk. Het hebben van een winstoogmerk is uitsluitend toegestaan voor door de wetgever aangewezen categorieën van instellingen. Stichtingen in de zorg, die veelal een ideële doelstelling nastreven, kunnen feitelijk winst maken. Daarom wordt nu voorgesteld de bepaling te preciseren: het is verboden winst uit te keren, tenzij winst uitkeren op grond van de amvb is toegestaan. Het toezicht op de naleving van het winstverbod berust op grond van artikel 48, eerste lid, onder a, bij het CSZ, omdat het meer raakvlakken met het toezicht door CSZ op het behoud van vermogen voor de zorg heeft dan met het toezicht op de kwaliteit van de zorg, waarmee de IGZ is belast.

#### **Artikel 50**

Zoals hierboven gezegd, streven wij ernaar dat collectieve middelen die in de zorg zijn belegd, niet weglekken in private handen. Om inzicht te hebben in de geldstromen binnen instellingen, bevat het Uitvoeringsbesluit WTZi een aantal daarop gerichte bepalingen. Deze nemen wij in artikel 50 over. Parallel aan dit wetsvoorstel wordt gewerkt aan een wetsvoorstel dat regels stelt met betrekking tot behoud van vermogen voor de zorg.

#### **Artikel 51**

Ingevolge artikel 17 Wtzi dienen instellingen die zich geconfronteerd zien met een van overheidswege opgelegde wijziging, beperking of beëindiging van hun werkzaamheden, zich te wenden tot het College sanering, dat de financiële gevolgen van een en ander vaststelt en eventueel met een subsidie in die gevolgen kan voorzien. Wij stellen voor deze mogelijkheid tot saneringssubsidie over te brengen naar dit wetsvoorstel. Handhaving ervan is wenselijk omdat de twee betrokken wetten, de Wet ambulancezorg en de Wbmv, nog steeds de mogelijkheid bieden tot een wijziging, beperking of opheffing als in de aanhef van deze alinea bedoeld, en wij het niet billijk achten de gevolgen daarvan, nu die niet het gevolg zijn van marktwerking, voor rekening van de betrokken zorgaanbieder te laten komen.

#### **Artikelen 52 – 56**

In deze artikelen zijn de thans in de Wtzi opgenomen bepalingen omtrent de verhouding tussen minister en College sanering overgenomen, aangepast aan de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen.

## **Artikel 52**

Het ligt voor de hand te bepalen dat het college in een bestuursreglement regels vastlegt omtrent zijn eigen functioneren, zoals over de besluitvorming e.d.

Omdat in de vergaderingen van het college wordt gesproken over onder andere saneringsvraagstukken en het niet in de rede ligt dit te doen in aanwezigheid van anderen, is als hoofdregel vastgelegd dat die vergaderingen niet openbaar zijn, tenzij en voor zover in het bestuursreglement anders is bepaald. Daarbij zal zorgvuldig moeten worden gezien onder welke omstandigheden en in welke gevallen de vergaderingen wel openbaar moeten zijn.

Met het oog op het belang van het zorgvuldig vergaren van de nodige informatie voor de te nemen besluiten, is expliciet bepaald dat in het bestuursreglement ook daarover regels moeten worden gesteld.

## **Artikel 53**

De toezending van het werkprogramma aan de minister tegelijk met de begroting geeft de minister de nodige achtergrondinformatie over de te ondernemen werkzaamheden en zonodig de mogelijkheid met het college in gesprek te treden over zaken welke hij in het werkprogramma mist. Dat maakt het mogelijk dat het nog wordt aangepast voordat de minister op grond van artikel 55 een beslissing neemt over de goedkeuring ervan.

## **Artikel 54**

Teneinde zijn werk goed te kunnen doen, moet het college tijdig weten over welke middelen het kan beschikken. In het eerste lid is geregeld dat de minister daarvoor voor 1 december een besluit moet nemen. Omdat niet geheel is uit te sluiten dat later zal blijken dat het college met de beschikbaar gestelde middelen niet toekomt, omdat de werkzaamheden aanzienlijk omvangrijker blijken te zijn dan verwacht, is in het tweede lid geregeld dat het budget kan worden verhoogd. Het derde lid regelt dat het college geen verplichtingen mag aangaan tot een hoger bedrag dan uit het vastgestelde budget kan worden betaald. Dat betekent derhalve dat zonodig eerst een verhoging van het budget moet worden verkregen. Het vierde lid regelt dat het college, in geval onverhoopt niet tijdig het budget kan worden vastgesteld, in elk geval kan beschikken over een derde deel van het laatstvastgestelde budget. Daarmee is in elk geval de voortgang van de werkzaamheden verzekerd. Het vijfde lid geeft de minister de bevoegdheid te beslissen dat het college in zo'n geval zelfs over meer dan een derde van het oude budget kan beschikken. Het zesde lid tenslotte legt vast dat de kosten van het college ten laste van de rijksbegroting komen en dus niet op een of andere wijze uit premiemiddelen worden gedekt.

## **Artikel 55**

### *Eerste lid*

Overeenkomstig wat voor bestuursorganen gebruikelijk is, is aan de minister de bevoegdheid toegekend te beslissen omtrent de goedkeuring van het werkprogramma van het college. Dat zal uiteraard gebeuren in samenhang met een besluit omtrent de begroting.

### *Tweede lid*

In het tweede lid is in afwijking van artikel 29 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen vastgelegd dat onder omstandigheden voor een wijziging van de goedgekeurde begroting geen goedkeuring van de minister vereist is. Daarmee zou immers geen redelijk doel gediend zijn



als het gaat om wijzigingen die het totaalbedrag van de begroting niet of slechts in zeer beperkte mate wijzigen.

#### *Derde lid*

Het derde lid maakt het mogelijk regels te stellen omtrent de inrichting van het werkprogramma, het jaarverslag en de jaarrekening en over de uit te voeren accountantscontrole; met deze regels kan worden bewerkstelligd dat de stukken overzichtelijk zijn, zodat deze snel kunnen worden beoordeeld. Daarnaast kunnen regels worden gesteld over de te hanteren egalisatiereserve.

Ingevolge artikel 33 van de Kaderwet vormt het college een egalisatiereserve, ten laste of ten gunste waarvan het verschil tussen de gerealiseerde baten en lasten komt. Om te voorkomen dat het college een onnodig groot eigen vermogen kan vormen en aanhouden, kunnen volgens artikel 55, derde lid, onder d, bij ministeriële regeling regels worden gesteld over de omvang van die egalisatiereserve. Hiermee kan dus een limiet worden gesteld aan de egalisatiereserve. Dit is conform de huidige situatie. De bedoelde regels zijn thans opgenomen in de Regeling bezoldiging en beheerskosten bestuursorganen volksgezondheid.

Deze bepaling is overigens identiek aan die in artikel II, onderdeel H, en artikel VII, onderdeel H, van het voorstel van wet tot aanpassing van enige wetten teneinde een aantal zelfstandige bestuursorganen onder de werking van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen te brengen (31 950). Die bepalingen wijzigen de artikelen 14, derde lid, onder d, van de Wmg en 75, derde lid, onder f, van de Zvw, waar een en ander is geregeld ten aanzien van het College voor zorgverzekeringen, respectievelijk de Nederlandse Zorgautoriteit.

#### *Vierde lid*

Het vierde lid, ten slotte, maakt het mogelijk regels te stellen over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder het budget wordt vastgesteld.

### **Artikel 56**

Deze bepaling voorziet erin dat het werkprogramma, het jaarverslag en de jaarrekening door het college openbaar worden gemaakt, zodra deze door de minister op grond van deze wet onderscheidenlijk de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen zijn goedgekeurd.

### **Artikel 57**

Ingevolge artikel 38 van de Wtzi kan tegen de op grond van die wet genomen besluiten, waaronder die van het College sanering, beroep worden ingesteld bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State. Wij zien geen reden om ter zake van de in deze paragraaf gehandhaafde beslissingsbevoegdheden van het college nu een andere rechterlijke instantie aan te wijzen.

## **Hoofdstuk 7. Toezicht en handhaving**

### **Artikel 58**

#### *Eerste lid*

Een groot deel van de bepalingen van deze wet kent de cliënt (individuele) rechten toe jegens de zorgaanbieder, zoals het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer of op zorg van goed niveau; zie met name de hoofdstukken 2 tot en met 5. Voor zover van rechten jegens een zorgaanbieder sprake is, kan de cliënt (of in voorkomend geval een belangenorganisatie) het voldoen aan die rechten zonodig afdwingen; voor handhaving van zijn rechten staat de cliënt de interne klachtenafhandeling, maar ook

de weg naar de geschilleninstantie en eventueel de burgerlijke rechter open. Het wordt in beginsel ook aan de cliënt overgelaten om zelf te bepalen of hij, al dan niet met steun van derden, actie onderneemt tegen het niet respecteren van die rechten. Het zou niet in overeenstemming zijn met de rol van de IGZ en de verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg als de cliënt bij elke schending van een individueel recht de IGZ zou verzoeken om in actie te komen.

Niettemin is het noodzakelijk de IGZ een toezichthoudende taak te geven. Daarbij willen wij benadrukken dat het toezicht vooral strekt tot het bewaken van de belangen van een goede gezondheidszorg en van de cliënten voor zover die belangen uitstijgen boven het belang van de individuele cliënt. Het toezicht kan gericht zijn op de naleving door de zorgaanbieder van uitdrukkelijk aan hem opgelegde verplichtingen, maar ook op de naleving van rechten van de cliënt door de zorgaanbieder. Overigens zijn de artikelen 49 en 50 uitgezonderd van het toezicht door de IGZ. Op grond van artikel 48 heeft het College sanering tot taak toe te zien op de naleving van deze artikelen.

#### *Tweede lid*

Zoals in de toelichting op artikel 1, achtste lid, is uiteengezet, geldt voor aanbieders van alternatieve behandelwijzen slechts een deel van de wettelijke bepalingen. De naleving van deze bepalingen door aanbieders van alternatieve behandelwijzen is voor cliënten rechtens afdwingbaar. Om de IGZ in staat te stellen handhavend op te treden bij excessen waarbij alternatieve behandelaren betrokken zijn, wordt zij in het tweede lid belast met het toezicht op de naleving van artikel 5, tweede lid.

#### *Derde lid*

Het derde lid sluit aan bij hetgeen uit de toelichting op artikel 5, eerste lid, volgt, namelijk dat de uitwerking van de norm «goede zorg» in eerste instantie door het veld geschiedt, in de vorm van standaarden, protocollen, richtlijnen, etc. Het toezicht door de IGZ wordt zó ingericht dat het de totstandkoming van die «veldnormen» stimuleert.

#### *Vierde lid*

Krachtens het vierde lid zijn de toezichthoudende ambtenaren bevoegd een woning zonder toestemming van de bewoner binnen te treden, voor zover de woning deel uitmaakt van een bouwkundige voorziening voor het verlenen van zorg. Indien een huisarts een praktijk aan huis heeft, valt het bouwkundige deel dat de praktijk betreft onder deze bepaling, maar niet het deel dat louter als woning dient.

#### *Vijfde lid*

Het vijfde lid geeft de IGZ de mogelijkheid om dossiers van cliënten in te zien. Deze mogelijkheid is met de Wubhv gecreëerd in de Kwaliteitswet, de Wet big en de Gezondheidswet. De IGZ zal een voornemen tot inzage toetsen aan het noodzakelijkheidsvereiste, het proportionaliteitsvereiste en aan de procedurele waarborg van verantwoording vooraf en achteraf<sup>1</sup>. In het verslag van het schriftelijk overleg van de commissie voor VWS van de Eerste Kamer met de Minister van VWS over de behandeling van het voorstel van de Wubhv, is nader uiteengezet in welke gevallen de IGZ dossiers kan inzien zonder toestemming van de cliënt<sup>2</sup>. De minister heeft in dat schriftelijk overleg aangegeven dat hij de door de IGZ voorgenomen onderzoeken waarbij gebruik gemaakt zal worden van het inzagerecht, expliciet goedkeurt. De IGZ verantwoordt het gebruik van het inzagerecht achteraf in haar Jaarbericht en Jaarverslag. In een brief van 12 februari 2010 aan de Eerste Kamer heeft de minister nogmaals benadrukt dat de IGZ slechts onder strikte voorwaarden en procedurele waarborgen gebruik zal maken van het inzagerecht in dossiers zonder voorafgaande toestemming van de cliënt<sup>3</sup>. Daaraan is toegevoegd dat de cliëntgegevens

<sup>1</sup> Nader toegelicht bij brief van 5 juni 2009, Kamerstukken I 2008/09, 31 122, I.

<sup>2</sup> Kamerstukken I 2009/10, 31 122, J.

<sup>3</sup> Kamerstukken I 2009/10, 31 122, K.

waarover de IGZ de beschikking krijgt, vervolgens niet in andere handen terecht komen als gevolg van een beperkte registratie door IGZ, goede afscherming van de gegevens door IGZ, de geheimhoudingsplicht van de IGZ die ook geldt jegens het OM en het feit dat de geheimhoudingsplicht gaat boven de Wob.

#### *Zesde lid*

Zoals toegelicht bij het eerste lid en in de paragrafen 1, 2 en 3 van Hoofdstuk 7 van het algemeen deel van deze toelichting, houdt de toezichthoudende taak van de IGZ niet in dat zij gehouden is bij iedere schending van een recht of plicht handhavend op te treden. Het zesde lid geeft de IGZ daarom de bevoegdheid overtredingen buiten behandeling te laten, tenzij sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, of het belang van goede zorg anderszins daaraan redelijkerwijs in de weg staat. Het ligt voor de hand dat de IGZ zich in haar optreden vooral richt op bepalingen waarvan de individuele cliënt de naleving moeilijk kan beoordelen of waarbij voor individuele cliënten wellicht niet altijd voldoende eigen belang aanwezig is om in actie te komen. In haar handhavingskader geeft de IGZ aan hoe zij haar toezicht uitoefent en wanneer sprake is van een overtreding waarop handhaving volgt. In de laatste zinsnede van lid zes wordt daarvoor een ondergrens aangegeven; handhavend optreden kan niet achterwege blijven indien sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, of het belang van goede zorg anderszins daaraan redelijkerwijs in de weg staat.

#### **Artikel 59**

Deze wet ziet op gedragingen waarop, behalve de IGZ ook andere instanties, ieder vanuit de eigen wettelijke invalshoek, toezien. Zo houdt de NZa toezicht op de naleving van regels inzake transparantie van prijs/kwaliteitsverhouding en houdt het Cbp toezicht op de naleving van de regels inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Artikel 59 verplicht deze instanties elkaar de voor hun taak nodige gegevens te verstrekken. Zij zullen met elkaar afspraken maken over de wijze waarop met de overlappingen in het toezicht wordt omgegaan. Het Cbp stemt de activiteiten ook af met andere toezichthouders, zoals de Inspectie Werk en Inkomen (IWI), die onder de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ressorteert en toezicht uitoefent op de onder die minister ressorterende zelfstandige bestuursorganen. Daartoe is een samenwerkingsconvenant opgesteld tussen het Cbp en de IWI. Via de afstemming met het Cbp kan ook buiten het terrein van de zorg overlap worden tegengegaan. Voorkomen moet worden dat op het aspect van de omgang met persoonsgegevens betreffende de gezondheid en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zorgaanbieders door verschillende toezichthouders worden benaderd.

#### **Artikelen 60, 61 en 62**

In deze artikelen is het handhavingsinstrumentarium ondergebracht. Voor een algemene beschouwing over de keus voor de verschillende instrumenten verwijzen wij naar paragraaf 7.4 van het algemeen deel van deze toelichting. Indien uitvoering wordt gegeven aan een bevoegdheid die is vervat in artikel 60, 61 of 62, eerste lid, ten aanzien van een zorgaanbieder die ressorteert onder een andere minister dan de Minister van VWS, vindt die uitvoering plaats in overeenstemming met die andere minister. Dit is onder andere aan de orde inzake het UWV, academische ziekenhuizen en militaire gezondheidszorg.

Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden en IGZ een schriftelijk bevel geeft, wordt, indien dat bevel een zorgaanbieder betreft die tot de beleidsverantwoordelijkheid van een andere minister behoort, de desbetreffende minister daarvan onverwijld in kennis gesteld.

## **Artikel 60**

Artikel 60 verwijst naar een aantal bepalingen waarin wij volstaan met een globale norm en waarvan wij de daadwerkelijke invulling overlaten aan de zorgaanbieder. Het gaat hierbij om het artikel waarin de zorgaanbieder verplicht wordt de rechten van de cliënt na te leven, de artikelen met betrekking tot goede zorg, het recht op keuze-informatie, de rechten met betrekking tot informatie, toestemming, dossier en privacy en het artikel over afspraken met betrekking tot acute zorg. Handhaving van die bepalingen is niet mogelijk zonder een zekere concretisering van de norm in de vorm van een aanwijzing of een bevel. Een (straf- of bestuursrechtelijke) boete ligt als sanctie bij het soort overtredingen waar het hier om gaat, niet in de rede; de bedoeling van het overheidsingrijpen is immers dat een situatie wordt «hersteld», en dat is met een boete geenszins zeker. Voor het kracht bijzetten van een aanwijzing of een bevel stellen wij in artikel 61 voor dat de minister beschikt over de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang en aldus kan (doen) uitvoeren wat de wetgever van de zorgaanbieder verwachtte.

Wij wijzen erop dat ingevolge artikel 96a Wet big ook de officier van justitie een zorgaanbieder een bevel kan geven, namelijk wanneer het gaat om een verdachte van overtreding van artikel 96 van die wet, er ernstige bezwaren tegen hem zijn gerezen en het belang van de volgzondheid dat dringend vordert.

### *Eerste tot en met derde lid*

Het eerste lid geeft de minister de bevoegdheid tot het concretiseren van de norm, in de vorm van een aanwijzing, in die gevallen waarin sprake is van een tekortkoming in de zorg. De aanwijzing heeft de bedoeling om de situatie die de zorgaanbieder dient te creëren, aan te geven en bevat de termijn waarbinnen aan de aanwijzing moet zijn voldaan.

### *Vierde lid*

Er zijn situaties denkbaar waarin op zeer korte termijn moet kunnen worden ingegrepen, omdat maatregelen geen uitstel kunnen lijden in verband met «gevaar voor de veiligheid of de gezondheid». De bepaling maakt duidelijk dat er sprake moet zijn van omstandigheden waarin dringend moet worden ingegrepen. Er moet dan bijvoorbeeld sprake zijn van een sterk vervuilde ruimte of ondeugdelijke apparatuur. Er kan echter ook sprake zijn van gevaar voor de veiligheid of de gezondheid indien de kwaliteit van de geleverde zorg structureel ernstige tekortkomingen kent. Zo kan sprake zijn van dergelijke tekortkomingen indien de zorgaanbieder de wezenlijke rechten van de cliënt en verplichtingen voor de zorgaanbieder (met name de artikelen 5, 7 tot en met 10 en 13 tot en met 26) niet naleeft of tekortschiet in het maken van afspraken over de beschikbaarheid van spoedeisende zorg (artikel 42).

Anders dan de curatieve zorg staat de langdurige zorg in het teken van de kwaliteit van leven. Voor mensen die langdurig van zorg afhankelijk zijn is de kwaliteit van de zorg bijna synoniem met de kwaliteit van het bestaan. Als de zorgverlening structurele tekortkomingen kent, zoals hierboven beschreven, brengt dit ernstige schade toe aan de kwaliteit van het bestaan van een toch al kwetsbare groep cliënten en is derhalve sprake van een gevaarssituatie, zoals in dit lid wordt bedoeld.

Indien blijkt dat wezenlijke rechten van de cliënten worden geschonden, waardoor de kwaliteit van leven ernstig wordt geschaad, kan onder

omstandigheden derhalve aanleiding bestaan tot het geven van een schriftelijk bevel tot stopzetting van de zorgverlening totdat de geleverde zorg naar het oordeel van de minister weer op orde is en het gevaar voor de veiligheid of de gezondheid is afgewend.

#### *Vijfde en zesde lid*

De minister zal de handhaving veelal aan de IGZ mandateren. In het zesde lid van artikel 60 wordt de mogelijkheid tot het verlenen van mandaat voor verlengen van de geldigheidsduur van een bevel beperkt, omdat het wenselijk lijkt dat een ander dan de toezichthouder bij het nemen van dergelijke besluiten wordt betrokken.

### **Artikel 61**

Artikel 61 geeft de minister de bevoegdheid een last onder bestuursdwang op te leggen ter zake van de overtreding van de bepalingen inzake klachten en geschillen, medezeggenschap, goed bestuur en jaarverslaggeving. Het betreft hier bepalingen zonder of met geringe normatieve lading en concrete normen; de overtreding pleegt geen letsel aan personen of schade aan zaken toe te brengen. Voor de handhaving hiervan zijn geen vrijheidsbenemende of andere ingrijpende dwangbevoegdheden nodig. Het gaat bij de hier bedoelde voorschriften meestal niet om ernstige inbreuken op de rechtsorde; er is eerder sprake van omstandigheden waarin het uitoefenen van toezicht door de IGZ wordt bemoeilijkt. In het licht van de eerdergenoemde indicatoren in het kader van de Wet OM-afdoening ligt een strafrechtelijke sanctie hier niet in de rede. Ook in deze gevallen staat «herstel» van de door de wetgever gewenste situatie voorop. Artikel 61 maakt het, zoals hierboven is gezegd, ook mogelijk dat bestuursdwang wordt gehanteerd om een aanwijzing of bevel kracht bij te zetten.

### **Artikel 62**

Het eerste lid stelt een bestuurlijke boete in het vooruitzicht bij een handelen of nalaten in strijd met artikel 12, waar het gaat om de melding van een calamiteit of seksueel misbruik. Ook in de Kwaliteitswet, waaruit artikel 12 is overgenomen, is overtreding met een bestuurlijke boete gesanctioneerd.

De Wubhv stelt een bestuurlijke boete op de schending van een aantal normen en beperkt de strafrechtelijke handhaving van die normen tot ernstige gevallen. Het onderscheid is daarbij aldus gemaakt, dat de schending van deze normen alleen een strafbaar feit (overtreding) is, indien voldaan wordt aan de voorwaarden dat sprake is van een bepaalde vorm van recidive of van een opzettelijke of roekeloze gedraging die een direct gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de mens tot gevolg heeft. Het betreft artikel 4a van de Kwaliteitswet (thans artikel 12 van dit wetsvoorstel), de artikelen 97, 98, 99 en 101 van de Wet big en de artikelen 69 en 70 van de Wet bopz. (Zie ook de wijzigingen in de artikelen 66 en 89 van dit wetsvoorstel.)

Voor zover in de hiervoor bedoelde gevallen tevens de mogelijkheid bestaat een bestuurlijke boete op te leggen, bepaalt artikel 5:44 van de Awb dat de gedraging aan de officier van justitie wordt voorgelegd. Indien de officier van justitie afziet van strafvervolgning, kan alsnog een bestuurlijke boete worden opgelegd. Bij grotere aantallen overtredingen kunnen in overleg met de officier van justitie criteria worden vastgesteld over de keuze tussen bestuursrechtelijke of strafrechtelijke afdoening.

De geformuleerde voorwaarden om de hiervoor bedoelde schending van normen als strafbaar feit aan te merken, blijken minder gewenst. De voorwaarde dat in de voorafgegangene twee jaar tweemaal bij onherroepelijk besluit een bestuurlijke boete is opgelegd brengt mee dat de doorlooptijd

van een bestuursrechtelijke afhandeling van een eerdere normschending medebepalend wordt voor de vraag of sprake is van een strafbaar feit. De onherroepelijkheid van een boetebesluit laat langer op zich wachten indien bezwaar en beroep worden ingesteld, dan in het geval de betrokkene in een boetebesluit berust. Een en ander neemt uiteraard niet weg dat de factor recidive wel een rol kan spelen bij de vraag of voor bestuursrechtelijke of strafrechtelijke handhaving wordt gekozen. De elementen opzet of roekeloosheid zijn in de Wubhv eveneens gepositioneerd als voorwaarden voor strafbaarheid. Dat past echter niet goed bij het uitgangspunt dat bij overtredingen opzet of schuld niet hoeven te worden bewezen. Dit neemt niet weg dat opzettelijk of roekeloos handelen wel een rol kan spelen bij de vraag of voor bestuursrechtelijke dan wel strafrechtelijke handhaving wordt gekozen.

Met de artikelen 62, 66 en 89 worden de gesignaleerde bezwaren weggenomen. Door duidelijke afspraken over de vraag in welke gevallen bestuursrechtelijke en in welke gevallen strafrechtelijke handhaving plaatsvindt vast te leggen in beleidsregels of een handhavingsarrangement, is een adequate handhaving mogelijk. De beleidsmatige afbakening tussen beide handhavingssystemen zal de rechtsgelijkheid bevorderen. Uitgangspunt van deze afspraken zal zijn, dat pas in geval van nader te omschrijven ernstige normschendingen – waarbij er sprake is van schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid – strafrechtelijke handhaving is geïndiceerd. De voorgestelde wijzigingen zijn in overeenstemming met de kabinetsnota over de uitgangspunten bij een keuze van een sanctiestelsel<sup>1</sup>. Omdat het gaat om een «besloten context» staat bestuursrechtelijke handhaving voorop. In de kabinetsnota wordt aangegeven dat een voorkeur bestaat voor bestuursrechtelijke sanctionering, indien er sprake is van een gespecialiseerd bestuursorgaan dat met de uitvoering van wetten is belast en dat uit dien hoofde te maken heeft met een afgebakende doelgroep en er tussen dat orgaan en de doelgroep verbindingen zijn ten behoeve van het toezicht op de naleving van wetten. Bij de handhaving van wetten op het terrein van de volksgezondheid verdient op basis van de kabinetsnota bestuursrechtelijke sanctionering de voorkeur. Er is sprake van een gespecialiseerd bestuursorgaan (IGZ) en een afgebakende doelgroep (zorgaanbieders) waarmee gecommuniceerd wordt over de wetshandhaving. Indien de normschending volgens de hierboven genoemde afspraken een ernstig karakter heeft, staat de mogelijkheid van strafrechtelijke handhaving open. Deze duale handhaving is uitvoerbaar omdat het Openbaar Ministerie te maken heeft met slechts één handhavingsorgaan, de IGZ.

### **Artikel 63**

Voor de handhaving van de artikelen 49 (geen winstuitkeringen) en 50 (transparante financieringsstromen) zien wij geen aanleiding om een andere vorm van handhaving dan reeds in de Wtzi is voorzien, te kiezen. Wel is in de Wtzi de minister bevoegd tot het opleggen van een last onder bestuursdwang, en in dit wetsvoorstel het College sanering.

### **Hoofdstuk 8. Wijzigingen in en intrekking van andere wetten en overgangsrecht**

#### **Artikelen 64, 66, 67, 77 tot en met 80**

Nu in dit wetsvoorstel de bepalingen inzake de kwaliteit, de «transparantie» (goed bestuur en bedrijfsvoering van instellingen), de klachten- en geschillenregeling en de medezeggenschap in de zorg zijn opgenomen,

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 700 VI, D.

kunnen de daarop betrekking hebbende afzonderlijke wetten of onderdelen daarvan vervallen en moeten daarmee verband houdende wijzigingen in enkele wetten worden aangebracht. Het wetgevingsgebied wordt daardoor een stuk overzichtelijker.

#### **Artikel 64**

Deze bepaling voorziet in een nieuwe grondslag voor twee amvb's welke op grond van de kwaliteitswet zijn vastgesteld. Er zij op gewezen dat de lagere regelgeving die is gebaseerd op de Wtzi, de Wmcz en de Wkcz door het vervallen van die wetten van rechtswege ook vervalt.

#### **Artikel 65**

De omschrijving van het begrip «zorgaanbieder» in de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (welke wordt hernoemd tot Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling) wordt aangepast naar aanleiding van het vervallen van de Kwaliteitswet.

#### **Artikel 66**

Nu hoofdstuk 2 betreffende de kwaliteit geen onderscheid maakt naar personen of instellingen, kan artikel 40 van de Wet big, voor zover dat regels stelt inzake de eis van «verantwoorde zorg», vervallen; dit wordt geregeld in onderdeel A van artikel 66. De onderdelen C, D, J en K, eerste lid, bevatten redactionele aanpassingen. Bij de toelichting op artikel 62 is reeds ingegaan op de in de onderdelen G, H, I en K, tweede lid, voorgestelde wijzigingen.

Ten aanzien van de onderdelen F en M (en de daarmee samenhangende de onderdelen B, E, L, N en O) merken wij het volgende op. Artikel 96 van de Wet big stelt strafbaar het – buiten noodzaak – veroorzaken van schade of een aanmerkelijke kans daarop aan de gezondheid van een ander, door iemand die daarbij kennelijk buiten de grenzen van zijn gebied van deskundigheid treedt. Het strafbare feit van het eerste lid is gekwalificeerd als een overtreding. De straf die op overtreding staat is een hechtenis van maximaal drie maanden of geldboete van de tweede categorie (maximaal € 3.800,-). Indien betrokkene weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, is sprake van een misdrijf en kan op grond van het tweede lid een gevangenisstraf van maximaal zes maanden of een geldboete van de derde categorie (maximaal € 7.600,-) worden opgelegd. De huidige strafmaxima vinden wij echter niet in overeenstemming met de ernst van de in artikel 96 omschreven feiten. Het staat ook niet in juiste verhouding tot die van vergelijkbare strafbare feiten uit het Wetboek van Strafrecht, zoals mishandeling, verlating van hulpbehoevenden en dood of zwaar lichamelijk letsel door schuld<sup>1</sup>. Daarom wordt voorgesteld de strafmaxima te verhogen tot een hechtenis van maximaal een jaar of een geldboete van de derde categorie (maximaal € 7.600,-) en, indien betrokkene weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, naar een gevangenisstraf van maximaal twee jaar of een geldboete van de vierde categorie (maximaal € 19.000,-). De marge binnen deze maxima biedt ruimte om bij recidive een hogere straf uit te spreken. Dit sluit aan bij de systematiek inzake de strafmaxima van het Wetboek van Strafrecht. De verhoging van de strafmaxima sluit aan bij de strekking van het amendement van het CDA-lid Jan de Vries, ingediend bij de behandeling van de Wubhv<sup>2</sup>. Strafrechtelijke vervolging op grond van artikel 96 zal als ultimum remedium worden ingezet en het misdrijf zal daarvoor het uitgangspunt

<sup>1</sup> Artikelen 255 e.v., 300 e.v., 307 & 308 Wetboek van Strafrecht.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2007/08, 31 122, nr. 12.

zijn. Om dat te benadrukken is ervoor gekozen het misdrijf op te nemen in het eerste lid en de overtreding, waarvoor niet bewezen hoeft te worden dat betrokkene weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, in het tweede lid. Hierdoor blijft het mogelijk de overtreding subsidiair ten laste te leggen.

Het bestanddeel inzake een Big-geregistreerde die bij overtreding van artikel 96 kennelijk buiten de grenzen van zijn deskundigheid is getreden, komt te vervallen, zodat ook het ook strafbaar is wanneer binnen de grenzen van de deskundigheid van de betrokkene buiten noodzaak schade, of de aanmerkelijke kans daarop wordt veroorzaakt. Deze aanpassingen hebben gevolgen voor de verwijzingen naar dit artikel in andere bepalingen van de Wet big. Met de onderdelen B, E, L, N en O worden die verwijzingen aangepast.

De Wubhv voorziet in de invoering van de bestuurlijke boete in – onder andere – artikel 96 Wet big. Deze vorm van bestuursrechtelijk handhaven komt in aanmerking als de overtreding eenvoudig is vast te stellen, er geen behoefte is aan een opsporingsfase en er geen zware straffen nodig zijn. Voor dergelijke overtredingen is het efficiënter om de handhaving en sanctionering in één hand te leggen; het vergroot het gezag van de IGZ als toezichthouder en daarmee ook de kans op naleving. De bestuurlijke boete is uiteraard niet bedoeld voor ernstige schendingen van artikel 96 Wet big. Juist voor de gevallen waarin sprake is van daadwerkelijke gezondheidsschade, is de strafrechtelijke handhaving aangewezen. De bestuurlijke boete en de strafrechtelijke handhaving sluiten elkaar uit.

## **Artikel 67**

### *Eerste lid*

Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is gezegd, stellen wij voor om de Wtzi in te trekken. Het bouwregime, één der pijlers onder die wet, is in de afgelopen jaren al vervallen; voor zover aan de overige bij of krachtens die wet gestelde voorschriften nog behoefte bestaat, worden die als zelfstandige eis in dit wetsvoorstel overgenomen. Zie bijvoorbeeld de artikelen 40 (eisen goed bestuur) en 50 (transparante bedrijfsvoering). Waar in andere wetten wordt verwezen naar de toelating ingevolge de Wtzi, vervangen wij die verwijzing door een verwijzing naar de registratie op grond van artikel 43 van dit wetsvoorstel.

### *Tweede lid*

Het tweede lid voorziet in het voorlopig handhaven van het College bouw. In 2008 hebben de minister (Staat der Nederlanden), TNO en College bouw een overeenkomst gesloten, waarin zij onder meer hebben afgesproken dat het college eerst wordt ingekrompen en later wordt opgeheven. Het verliest zijn wettelijke taken en blijft tot zijn opheffing als bestuursorgaan bestaan ten behoeve van zijn liquidatie en ter afwikkeling van de uit verleende vergunningen voortvloeiende besluiten. Het Centrum Zorg en Bouw (onderdeel van TNO) heeft een aantal werkzaamheden van het college overgenomen.

### *Derde lid*

Het derde lid van artikel 67 voorziet in het handhaven van het College sanering. Zie voor een toelichting op dat college en zijn taken de artikelen 46 – 57.

### *Vierde lid*

In artikel 18 Wtzi is voor zorgaanbieders, niet zijnde academische ziekenhuizen, de verplichting neergelegd om het College sanering ter goedkeuring mededeling te doen van het voornemen om gebouwen en



terreinen blijvend aan gebruik voor de zorgverlening te onttrekken. Het College moet dan binnen acht weken laten weten of de vervreemding of verhuur plaats kan vinden zonder zijn goedkeuring. Bij goedkeuring kan het College bepalen dat een meeropbrengst bij verkoop ten opzichte van de boekwaarde wordt gestort in de AWBZ-kas. Rechtshandelingen in strijd met artikel 18 Wtzi zijn vernietigbaar; het College kan de vernietigbaarheid inroepen.

De regering acht het wenselijk deze bepaling na het vervallen van de Wtzi vooralsnog te handhaven voor de zorgaanbieders, voor wie deze verplichting gold.

Om de goede werking van de bepaling te realiseren, is tevens bepaald dat artikel 48, tweede tot en met vierde lid, waarin het College is belast met het toezicht op de naleving van bepaalde verplichtingen, artikel 51, dat de saneringstaak van het College regelt, artikel 57, waarin de rechtsbescherming tegen besluiten van het College is verankerd, en artikel 63, dat het College de bevoegdheid geeft bestuursdwang toe te passen, van overeenkomstige toepassing zijn.

### **Artikelen 68 tot en met 76 en 81**

De wijzigingen in deze wetten houden alle verband met het intrekken van de Wtzi.

### **Artikelen 77 tot en met 80**

Met het toekennen in deze wet aan de cliënt van het recht op een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten en geschillen, alsmede op medezeggenschap in de zorg kunnen de Wkcz en de Wmcz worden ingetrokken. De twee wetten zijn op dit moment niet alleen van toepassing op de zorg als omschreven bij of krachtens de Zvw en de AWBZ en op instellingen in de zin van de Wtzi, maar ook op een aantal aan die zorg gerelateerde gebieden, zoals de collectieve preventie, maatschappelijke ondersteuning, kinderopvang en verslavingszorg. Voor een deel worden in de desbetreffende wetten de bepalingen van het onderhavige wetsvoorstel inzake klachten- en geschillen en medezeggenschap mutatis mutandis uitgeschreven (artikelen 78 en 80). Op de verslavingszorg en op werkzaamheden, gefinancierd op grond van de Kaderwet VWS-subsidies, zullen in de desbetreffende besluiten de hoofdstukken van deze wet inzake de klachten en de medezeggenschap van overeenkomstige toepassing worden verklaard.

### **Artikel 78**

In verband met het intrekken van de Wckz, die ook gold voor kindercentra, gastouderbureaus en peuterspeelzalen als geregeld in de Wet kinderopvang, worden de desbetreffende bepalingen inzake de behandeling van klachten van ouders nu in de Wet kinderopvang zelf opgenomen. Bij de redactie van de wijzigingsbepalingen is uitgegaan van de aanvaarding van het voorstel van wet tot wijziging van de Wet kinderopvang, de Wet op het onderwijstoezicht, de Wet op het primair onderwijs en enkele andere wetten in verband met wijzigingen in het onderwijsachterstandenbeleid (31 989), welke wet naar verwachting op 1 augustus 2010 in werking zal treden en waardoor de nieuwe citeertitel zal gaan luiden: Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen.

#### *Onderdeel A*

Om de bepalingen van de Wkcz, welke van toepassing waren, onder te brengen in de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen, worden de artikelen 1.57b, 1.57c en 1.57d toegevoegd aan paragraaf 2 van

Afdeling 3 van Hoofdstuk 1 van die wet, die betrekking heeft op de kwaliteitseisen waaraan dergelijke organisaties moeten voldoen. Daarbij zijn het zesde en achtste lid van artikel 2 van de Wkcz niet overgenomen; aan deze bepalingen, welke overigens in artikel 1.60a van de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen, dat gaat over klachten van oudercommissies evenmin van toepassing zijn verklaard, bestaat in de kinderopvang geen behoefte. Het bedoelde zesde lid betreft de mogelijkheid dat een klacht wordt ingediend met betrekking tot een overleden cliënt. Aan deze specifieke bepaling in de sfeer van de gezondheidszorg bestaat hier geen behoefte omdat de ouder de cliënt is. Het niet overgenomen achtste lid betreft de mogelijkheid regels te stellen over het verslag dat de houder moet uitbrengen over de klachtenafhandeling. Van die bevoegdheid is nooit gebruik gemaakt en er bestaat naar huidig inzicht ook geen behoefte dat in de toekomst te doen.

#### *Onderdeel B*

Intussen is aan de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen in artikel 1.60a ook een klachtenregeling voor oudercommissies opgenomen. Die bepaling verwees naar een aantal artikelen uit de Wkcz, welke daardoor van overeenkomstige toepassing zijn op de behandeling van de klachten van de oudercommissies. Nu met onderdeel A diezelfde bepalingen in de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen worden opgenomen, kan die verwijzing worden vervangen door een verwijzing naar de artikelen 1.57b, 1.57c en 1.57d.

#### *Onderdeel C*

Met deze bepaling, die de voor kindercentra en gastouderbureaus geldende klachtenregeling ook voor klachten van ouders bij peuterspeelzalen voorschrijft, is voorzien in prolongatie van de op grond van de Wkcz voor peuterspeelzalen geldende klachtenregeling.

#### *Onderdeel D*

Het oude artikel 2.14 beperkte de gelding van Paragraaf 3 van Afdeling 2 van Hoofdstuk 2 van de Wet kinderopvang tot niet gesubsidieerde peuterspeelzalen. De reden daarvoor was dat voor de wel gesubsidieerde peuterspeelzalen de Wmcz gold. Nu die wet komt te vervallen, is er geen reden meer om die beperking te handhaven. Aldus geldt voortaan voor gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde peuterspeelzalen hetzelfde regime wat betreft de rol van oudercommissies.

#### *Onderdeel F*

Met het hiervoor genoemde wetsvoorstel worden aan de Wet kinderopvang bepalingen toegevoegd inzake de kwaliteit van peuterspeelzalen. In artikel 2.18 is voorzien in een regeling van klachtenbehandeling voor klachten van oudercommissies bij peuterspeelzalen. Daarin is op dezelfde wijze als in artikel 1.60a voorzien in overeenkomstige toepassing van de Wkcz. Op dezelfde wijze als in artikel 1.60a wordt de verwijzing naar de Wkcz nu vervangen door een verwijzing naar de artikelen 1.57b tot en met 1.57d.

### **Artikel 79**

In verband met de intrekking van de Wmcz is voor zien in een overgangsbepaling voor lopende procedures voor de commissie van vertrouwenslieden. Voor het overige zij verwezen naar de toelichting op artikel 93.

### **Artikel 80**

Bij de voorgestelde wijziging van de Wmo in artikel 80, onder A, merken wij het volgende op. Op dit moment is de Kwaliteitswet van toepassing op een deel van de maatschappelijke ondersteuning, namelijk op de openbare geestelijke gezondheidszorg en de huishoudelijke verzorging.

Wij stellen voor de bepalingen van dit wetsvoorstel die dienen ter vervanging van de Kwaliteitswet, in de Wmo over te nemen. In onderdeel B worden in de Wmo bepalingen inzake klachten en geschillen en medezeggenschap opgenomen, die zijn geënt op het in dit wetsvoorstel opgenomen regime, en die gelden voor bepaalde «derden» die de gemeenten inschakelen bij het verlenen van maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in artikel 10 van de Wmo. Om te voorkomen dat elke aanbieder van maatschappelijke ondersteuning aan de eisen rond klachtrecht en medezeggenschap moet voldoen, dus bijvoorbeeld ook de aanbieder van trapliften, wordt de reikwijdte van deze bepalingen beperkt. Het gaat om de aanbieders van maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, huishoudelijke verzorging en oggz. Deze vormen van maatschappelijke ondersteuning grijpen soms diep in op de persoonlijke situatie van de burger en zijn nauwer verwant aan zorg dan de andere vormen van maatschappelijke ondersteuning. De bepalingen inzake medezeggenschap gelden niet voor aanbieders van openbare geestelijke gezondheidszorg, omdat dat niet past bij het karakter van deze vorm van zorgverlening. Bij de wijzigingen in artikel 80, onderdeel B, voor zover verwoord in de artikelen 12e tot en met 12k, merken wij op dat hierbij de medezeggenschapsonderwerpen die betrekking hebben op zorg aan cliënten die langdurig dag en nacht in een instelling verblijven en daar zorg ontvangen, zijn weggelaten, omdat dit zich in de Wmo niet voordoet. Ingevolge onderdeel C zal de IGZ toezicht houden op de naleving van de bepalingen inzake de kwaliteit, klachten en geschillen en medezeggenschap.

## **Artikel 81**

### *Onderdeel A*

Deze wijziging van de Wmg houdt verband met het intrekken van de Wtzi.

### *Onderdeel B*

De wijziging van artikel 17 houdt verband met het intrekken van de Wtzi.

### *Onderdeel C*

Aan het eerste lid van artikel 38 Wmg is geen behoefte meer, nu wij in artikel 13 van dit wetsvoorstel op de zorgaanbieder de plicht leggen cliënten voldoende keuze-informatie te geven, waartoe informatie behoort omtrent het tarief.

Omdat zowel de NZa als de minister regels kunnen stellen inzake de openbaarmaking door zorgaanbieders van marktinformatie, ieder vanuit hun eigen invalshoek, is vastgelegd dat zij onderling overleggen over de vast te stellen regels.

## **Artikel 82**

### **A**

Artikel 20 van de Wjz bepaalt onder meer dat de aanbieder van zorg, waarop aanspraak bestaat op grond van de AWBZ of de Zvw en waarvoor de stichting een indicatiebesluit heeft genomen, verplicht is die stichting op de hoogte te houden van de aanvang, voortgang en beëindiging van de zorg en mee te werken aan de evaluatie van de zorg, mede door de gegevens te verstrekken die daarvoor nodig zijn. Daarmee wordt afgeweken van artikel 24 van dit wetsvoorstel; met de voorgestelde wijziging van artikel 20 Wjz wordt dit tot uitdrukking gebracht.

### **B**

Artikel 24, derde lid, van de Wjz bepaalt dat aanbieders van zorg met elkaar moeten overleggen over de te verlenen zorg; tot zover is er geen sprake van strijdigheid met de Wcz. Maar artikel 24, derde lid, bepaalt ook

dat over het hulpverleningsplan overleg met de stichting (die een bureau jeugdzorg in stand houdt) dient plaats te vinden. Daarmee wordt afgeweken van artikel 24 van dit wetsvoorstel. Met de voorgestelde wijziging van artikel 24 Wjz wordt dit tot uitdrukking gebracht.

C

Op grond van artikel 53, derde lid, van de Wjz geldt voor degenen die op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht hebben, een meldrecht inzake kindermishandeling. Zij zijn dan bevoegd inlichtingen te verstrekken aan bureau jeugdzorg, teneinde de kindermishandeling te stoppen of de vermoedens nader te onderzoeken. Met zo'n melding kan worden afgeweken van het onderhavige wetsvoorstel; dat wordt met deze wijziging van artikel 53 Wjz tot uitdrukking gebracht.

### **Artikel 83**

Nu wij in artikel 51, eerste lid, onder a, met betrekking tot de ambulancezorg voorzien in een «saneringsuitkering» ter tegemoetkoming in de financiële gevolgen van een wijziging van de regio-indeling, is aan een daarop gerichte bepaling in de Wet ambulancezorg geen behoefte meer.

### **Artikel 84**

Dit wetsvoorstel is van toepassing op zorg, ongeacht of die al dan niet op basis van een overeenkomst wordt gegeven. Zoals eerder in deze toelichting is gezegd, is een aantal bepalingen van het wetsvoorstel ontleend aan artikelen van Boek 7 van het BW en verbreed van geneeskundige behandeling tot alle relaties waarin zorg wordt verleend. Dit leidt ertoe dat de desbetreffende bepalingen van het BW kunnen vervallen. Zie ook de transponeringstabel in bijlage 1 bij deze toelichting. Dit wetsvoorstel legt alle verplichtingen die uit de wet voortvloeien, op de zorgaanbieder en bepaalt dat de rechten van de cliënt bestaan jegens de zorgaanbieder. Ook voorziet het wetsvoorstel in een mede-aansprakelijkheid van de zorgaanbieder (artikel 3). Daarbij is dezelfde opzet gevolgd als in artikel 7:462 en 7:463 BW.

Daarnaast blijft het mogelijk dat zorg verleend wordt op basis van een overeenkomst. Dit berust dan op een overeenkomst van opdracht als bedoeld in afdeling 7.7.1 BW. In dat geval zijn naast de bepalingen uit deze wet ook de afdeling 7.7.1 en de meer algemeen vermogensrechtelijke bepalingen van het BW van toepassing. Voorts blijven gelden de bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst van afdeling 7.7.5 BW die ingevolge dit wetsvoorstel niet worden ingetrokken.

### **Artikelen 85 en 86**

In de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen en de Arbeidsomstandighedenwet wordt verwezen naar enkele bepalingen van Boek 7 van het BW. Het betreft de bepalingen omtrent de inzage in het dossier en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Wij vervangen die verwijzing door een verwijzing naar de artikelen 22, tweede lid, en 24 van dit wetsvoorstel, met in achtneming van de in die wetten genoemde waarborgen.

### **Artikelen 87 en 88**

In de Beginselenwet jeugdinrichtingen en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden wordt verwezen naar enkele bepalingen van Boek 7 van het BW. Het betreft de bepalingen inzake het aanleggen van een

dossier, het bewaren of vernietigen daarvan en de inzage erin. Wij stellen voor die verwijzing te vervangen door een verwijzing naar de overeenkomstige artikelen in dit wetsvoorstel.

### **Artikel 89**

Bij de toelichting op artikel 62 is reeds ingegaan op deze voorgestelde wijzigingen van de Wet bopz.

## **Hoofdstuk 9. Slotbepalingen**

### **Artikel 90**

In afwijking van artikel 29, tweede lid, onder c, stellen wij tot een nader te bepalen datum het bedrag dat de geschilleninstanties in ieder geval als schadevergoeding moeten kunnen toekennen, op € 10.000,-. De reden hiervoor is dat de huidige Geschillencommissie Zorginstellingen een maximum van € 5.000,- hanteert en deze en eventuele andere instanties alsmede zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich moeten kunnen voorbereiden op een verdere verhoging. Een gelijke voorziening is getroffen voor de geschilleninstantie die in verband van de Wmo tot stand zal moeten worden gebracht.

### **Artikel 91**

Artikel 2 verplicht zorgaanbieders die zorg doen verlenen door personen die niet in dienstverband zijn om in schriftelijke overeenkomsten zodanige afspraken met die personen te maken, dat is gewaarborgd dat dezen zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de verplichtingen die op de zorgaanbieder rusten. Daarbij gaat het om het inacht nemen van alle cliëntenrechten, met inbegrip van de zorg voor een goede kwaliteit en afstemming van de zorgverlening in de instelling. Teneinde de zorgaanbieders in de gelegenheid te stellen in een zorgvuldig proces met de in een ziekenhuis werkzame medisch-specialisten te overleggen over nieuwe toelatingsovereenkomsten, is in dit artikel voorzien in een overgangsbepaling. Deze legt enerzijds vast dat uiterlijk na een jaar een situatie moet zijn bereikt waarin nog slechts personen in een instelling werkzaam zijn, ten aanzien van wie vaststaat dat zij gebonden zijn aan goede medewerking aan het in acht nemen van alle rechten van cliënten en verplichtingen van de zorgaanbieder. Met andere woorden, voor zover in de toelatingsovereenkomst geen bepalingen zijn opgenomen met betrekking tot de in artikel 2 genoemde waarborgen, hebben partijen een jaar de tijd om deze waarborgen in de nieuwe toelatingsovereenkomst op te nemen. Anderzijds regelt de overgangsbepaling dat voor zover de bestaande toelatingsovereenkomst strijdig is met de strekking van artikel 2, tweede lid, deze delen van de toelatingsovereenkomst nietig zijn.

### **Artikel 92**

Met artikel 77 is voorzien in de intrekking van de Wkcz en overgangsrecht voor klachten die in behandeling zijn genomen voor de intrekking van die wet. Artikel 92 treft voorzieningen van overgangsrecht met betrekking tot de totstandbrenging van een nieuwe klachten- en geschillenregeling als in de artikelen 27 en volgende van dit wetsvoorstel voorgeschreven. De zorgaanbieder zal daarvoor immers enige tijd nodig hebben, mede in verband met de in acht te nemen procedurele voorschriften. Op grond van artikel 37, tweede lid, zal de zorgaanbieder die een cliëntenraad moet instellen, de instemming van deze cliëntenraad voor de regeling van klachtenbehandeling moeten verwerven; de zorgaanbieder op wie die verplichting niet rust, zal op grond van artikel 28, vierde lid, de

instemming van een representatieve organisatie van cliënten moeten verwerven.

Voor het tot stand brengen van de nieuwe klachtenregeling biedt het eerste lid de zorgaanbieder ten hoogste een jaar. Daarbij moet de zorgaanbieder uiteraard rekening houden met de mogelijkheid dat hij wellicht niet onmiddellijk de vereiste instemming voor zijn voorstel voor een regeling zal verwerven en dat er enig overleg noodzakelijk zal zijn. Ook is denkbaar dat de cliëntenraad een verschil van mening met de zorgaanbieder over de nieuwe regeling zal willen voorleggen aan de commissie van vertrouwenslieden of dat een representatieve organisatie een geschil met de zorgaanbieder over de nieuwe regeling zal willen voorleggen aan de geschilleninstantie (zie in verband daarmee ook artikel 93).

Het tweede lid regelt dat de bestaande klachtenregeling, op grond van de Wkcz, tot het tijdstip van inwerkingtreding van een nieuwe klachtenregeling wordt aangemerkt als een regeling op grond van artikel 28 van dit wetsvoorstel. Daarmee wordt bewerkstelligd dat de zorgaanbieder die oude regeling kan blijven hanteren tot het tijdstip waarop hij de nieuwe regeling heeft getroffen.

### **Artikel 93**

Met artikel 79 is voorzien in de intrekking van de Wmcz, alsmede overgangsrecht voor lopende procedures met betrekking tot de toepassing daarvan. Artikel 93 treft voorzieningen van overgangsrecht met betrekking tot de totstandbrenging van een nieuwe medezeggenschapsregeling als in de artikelen 31 en volgende van deze wet voorgeschreven. De zorgaanbieder zal daarvoor immers enige tijd nodig hebben, mede in verband met de in acht te nemen procedurele voorschriften. Het eerste lid verplicht de zorgaanbieder de nieuwe medezeggenschapsregeling uiterlijk een jaar na de inwerkingtreding van deze wet vast te stellen. In het vierde tot en met zesde lid zijn voorzieningen getroffen voor de medezeggenschap in de periode totdat de nieuwe medezeggenschapsregeling is gerealiseerd (zie hierna).

Om te waarborgen dat de cliëntenraad geschillen met de zorgaanbieder over de toepassing van de medezeggenschapsregeling zonodig ter beslissing kan voorleggen aan een onafhankelijke derde, is in het tweede lid bepaald dat de zorgaanbieder zich binnen drie maanden moet aansluiten bij een commissie van vertrouwenslieden.

Het derde lid verplicht de zorgaanbieder die op grond van de Wmcz reeds is aangesloten bij een commissie van vertrouwenslieden, die aansluiting te handhaven zolang dat noodzakelijk is voor het afwickelen van de in artikel 79, tweede lid, vervatte overgangsbepaling voor lopende procedures, doch in elk geval tot het tijdstip waarop hij op grond van dit wetsvoorstel aan zijn aansluitverplichting bij een dergelijke commissie heeft voldaan.

Op grond van artikel 37, tweede lid, zal de zorgaanbieder die een cliëntenraad moet instellen, de instemming van de cliëntenraad moeten verwerven voor de regeling van de medezeggenschap in zijn instelling. Teneinde ook in de periode voorafgaande aan de vaststelling van de nieuwe regeling de medezeggenschap van de cliënten, zowel bij het vaststellen van de nieuwe regeling als bij andere onderwerpen, tot haar recht te doen komen, is in het vierde lid bepaald dat de «oude» cliëntenraad voor de toepassing van de artikelen 34 tot en met 38 wordt aangemerkt als een cliëntenraad die is ingesteld op grond van artikel 33 van dit wetsvoorstel. Daarmee is de continuïteit in de medezeggenschap gewaarborgd en krijgen de gewijzigde medezeggenschapsrechten direct gelding, ook al worden die dan uitgeoefend door de «oude» cliëntenraad.

In het vijfde lid is aanvullend een voorziening getroffen voor de zorgaanbieders die op grond van de Wmcz verplicht zijn een cliëntenraad in te stellen, maar bij wie een dergelijke raad bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel de facto ontbreekt. In dergelijke gevallen is het uiteraard onmogelijk de «oude» cliëntenraad al een rol te geven in de uitoefening van de nieuwe bevoegdheden. Uiteraard is het wel gewenst dat de cliënten op een of andere wijze invloed kunnen uitoefenen op de inrichting van de te treffen medezeggenschapsregeling. Aansluitend bij de in artikel 28, vierde lid, getroffen voorziening (bij het tot stand brengen van een klachtenregeling voor zorgaanbieders die geen cliëntenraad hoeven te hebben), is in het vijfde lid bepaald dat de zorgaanbieder een representatieve organisatie van cliënten in de gelegenheid stelt hem te adviseren over de vaststelling van een medezeggenschapsregeling. In de formulering is ook de nieuwe klachtenregeling genoemd als onderwerp waarover deze zorgaanbieder een representatieve organisatie om advies moet vragen. Dat is noodzakelijk omdat de desbetreffende bepaling in artikel 28, vierde lid, haar werking beperkt tot zorgaanbieders die geen cliëntenraad behoeven in te stellen.

In aanvulling daarop is in het zesde lid nog geregeld dat de in het vijfde lid bedoelde organisatie voor de toepassing van artikel 29 van dit wetsvoorstel geldt als een vereniging of stichting die een geschil aan de geschilleninstantie kan voorleggen (bijv. de weigering van een zorgaanbieder om een klachtenregeling te treffen) en voor de uitvoering van de medezeggenschapsbepalingen de status van cliëntenraad heeft (adviesrecht, instemmingsrecht en gang naar de commissie van vertrouwenslieden). Aldus is gewaarborgd dat, indien de zorgaanbieder heeft voldaan aan zijn verplichting van het vijfde lid, de desbetreffende organisatie tot het moment waarop de nieuwe medezeggenschapsregeling ingaat, namens de cliënten moet worden betrokken bij en medezeggenschap kan uitoefenen bij de vaststelling van voor de cliënten belangrijke besluiten. Wat betreft onderdeel a van het zesde lid, zij opgemerkt dat een representatieve organisatie van cliënten veelal een stichting of een vereniging met volledige rechtsbevoegdheid zal zijn die voldoet aan de voor het aanhangig maken van een geschil geldende eis dat zij volgens haar statuten het belang behartigt dat in het geding aan de orde is. Voor gevallen waarin dat anders zou zijn, bewerkstelligt het zesde lid dat de organisatie desalniettemin toegang moet hebben tot de geschilleninstantie en een rol moet kunnen spelen bij uitoefening van de rechten rond medezeggenschap.

### **Artikel 94 en 95**

Deze bepalingen treffen voor het terrein van de Wmo vergelijkbare overgangsbepalingen als de artikelen 92 en 93 voor de zorg.

### **Artikel 96**

Wij streven ernaar dit wetsvoorstel in 2011 in werking te laten treden, maar houden rekening met de mogelijkheid dat voor enkele bepalingen een ander tijdstip wenselijk is. Het veld moet de gelegenheid hebben bekend te raken met het wetsvoorstel en de wijzigingen die dat in de praktijk met zich brengt en moet de kans hebben zich daarop voor te bereiden.

Zo zullen zorgaanbieders een jaar de tijd krijgen om hun statuten aan te passen aan de eisen die artikel 40 stelt. Dit betreft de zorgaanbieders die wat betreft hun bestuursstructuur reeds voldoen aan de in het Uitvoeringsbesluit WTZi gestelde «transparantie-eisen», maar ook de overige zorgaanbieders voor wie deze wet zal gaan gelden, zoals bijvoorbeeld de privé-klinieken.

## **Artikel 97**

Wij bevelen aan bij het aanhalen van deze wet de afkorting «Wcz» te gebruiken.

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

De Minister van Justitie, Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,  
E. M. H. Hirsch Ballin



## Transponeringstabel Wet cliëntenrechten zorg

Artikel bestaande wet	Artikel Wet cliëntenrechten zorg
<b>Kwaliteitswet zorginstellingen</b>	Wet vervalt op grond van artikel 64
1, eerste lid	1, eerste lid, onder a en b
1, tweede lid	Vervalt
1, derde lid	1, eerste lid, onder b
1, vierde lid	Vervalt
–	1, tweede lid
–	1, derde lid
–	1, vierde lid
–	1, vijfde lid
–	1, zesde lid
–	1, zevende lid
–	2 en 3
–	4
2	5, eerste lid
–	5, tweede lid
–	6
3	7 en 9, onder a
–	9, onder b
4	10
–	11
4a	12
5	44 en 45
6	8
7	60
7a	62, tweede en derde lid
8	58, eerste en vijfde lid
–	58, derde lid en vierde lid
–	58, zesde lid
14	61
26	Vervalt
<b>Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 66
40, eerste tot en met derde lid	7, 8 en 10
43, derde lid	Gewijzigd
86	Gewijzigd
87a	Vervalt
92, tweede lid	Vervalt
96	Gewijzigd
97	Gewijzigd
98	Gewijzigd
99	Gewijzigd
100	Gewijzigd
100a	Vervalt
101	Gewijzigd
102	Gewijzigd
103	Gewijzigd
104, derde lid	Gewijzigd
107, eerste lid	Gewijzigd
107a	Gewijzigd
<b>Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 89
69, vijfde lid	Vervalt
70, derde lid	vervalt
<b>Wet klachtrecht cliënten zorgsector</b>	Wet vervalt op grond van artikel 77
	Met artikelen 78 (wijziging Wet kinderopvang) en 80 (wijziging Wmo) worden bepalingen in andere wetten opgenomen
1, eerste lid	1
1, tweede en derde lid	Vervalt
1, vierde lid	1, zesde lid
2	27, 28 en 29
2a	29, tweede lid, onder e
3	60
3a	58
3b	61
3c	78
4	30

Artikel bestaande wet	Artikel Wet cliëntenrechten zorg
<b>Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen</b>	Wet vervalt op grond van artikel 79
1, eerste lid	Met artikel 80 worden bepalingen in Wmo opgenomen 1 en 31
1, tweede lid	Vervalt
1, derde lid	1, zesde lid
2, eerste t/m vierde en zesde lid	32 en 33, eerste, tweede, derde, vijfde en zesde lid
–	33, vierde lid
–	37, zevende lid
2, tweede lid, onder b	34, eerste en tweede lid, en 34, vierde lid
2, vijfde lid	34, derde lid
–	34, vijfde lid
3	36, eerste, tweede en derde lid
–	36, vierde lid
4, eerste t/m derde lid	37
4, vierde lid	38, vierde lid
5	35
6	36, eerste lid, onder n
7	41, eerste en tweede lid
8	44
9	44 en 13
10, eerste lid	38, eerste t/m derde lid
–	38, vijfde lid
10, tweede t/m vierde lid	Vervalt; zie 29
<b>Burgerlijk Wetboek, boek 7</b>	Artt. 448 t/m 459, 462 t/m 466 vervallen op grond van artikel 84
446	Gehandhaafd
447	Gehandhaafd
448	14
449	15
450	4, 16 en 17
451	19, derde lid
452	6
453	5 en 7 t/m 10
454	19, eerste en vierde lid, en 20, eerste lid
–	19, tweede lid
455	20, tweede en vijfde lid
–	20, derde, vierde en zesde lid
–	21
456	22, eerste lid
–	23
457	24
458	25
459	26
460	Gehandhaafd en 18
461	Gehandhaafd
462	3
463	3, tweede lid
464	22, tweede lid, 86 en 87 (zie ook 1, zevende lid)
465, eerste t/m vijfde lid	4 en 17
465, zesde lid	17
466, eerste lid	17, eerste lid
466, tweede lid	17
467	Gehandhaafd
468	Gehandhaafd
<b>Wet toelating zorginstellingen</b>	Wet vervalt op grond van artikel 67
1, eerste lid	1, eerste lid
1, tweede en derde lid	1, derde en vierde lid
2	Vervalt
3	Vervalt en 42
4	Vervalt en 42
5, eerste lid	43
–	45
5, tweede lid	49
6	Vervalt
7, eerste, tweede, derde (deels) en vierde lid	Vervalt
7, derde lid, onder a en c	39, 40, 41, 45, 49 en 50
8	Vervalt
9, eerste lid	Vervalt

Artikel bestaande wet	Artikel Wet cliëntenrechten zorg
9, tweede lid	43
10	Vervalt
11	Vervalt
12	Vervalt
13, eerste lid	2, 5, eerste lid, en 7
13, tweede lid	58, 60, 61, 62, eerste lid, en 63
14	Vervalt
15	44 en 45
16	44 en 45
17	51
18	67, vierde lid
19 t/m 32	46, 47, 48, 52 t/m 56
33	59
34	Vervalt; Kaderwet zbo's
35	58
36	Vervalt
37	61 en 63
38	57
41 t/m 62	Vervallen
63	Vervalt
64	Vervalt; Kaderwet zbo's
65	Vervalt
66	Vervalt
<b>Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 65
1	Gehandhaafd/gewijzigd
16	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 68
1	Gehandhaafd/gewijzigd
57	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Ambtenarenwet</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 69
2	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Geneesmiddelenwet</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 70
18, zevende lid	Gehandhaafd/gewijzigd
57, tweede lid	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Wet inzake bloedvoorziening</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 71
12, eerste lid	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Wet op de orgaandonatie</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 72
1	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 73
12.15	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Wetboek van Strafrecht</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 74
90sexies	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Woningwet</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 75
53	Vervalt
<b>Zorgverzekeringswet</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 76
1	Gehandhaafd/gewijzigd
91	Gehandhaafd/gewijzigd
<b>Wet kinderopvang</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 78
Nieuw 1.57b, 1.57c, 1.57d, 1.60a, 2.14 en 2.18	Vervangt Wet klachtrecht cliënten zorgsector
<b>Wet maatschappelijke ondersteuning</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 80
Nieuw 3a, 3b, 3c en 3d	Vervangt Kwaliteitswet zorginstellingen voor Wmo
12a t/m 12k	Vervangt Wet klachtrecht cliënten zorgsector en Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
26a	Vervangt Kwaliteitswet zorginstellingen voor Wmo

Artikel bestaande wet	Artikel Wet cliëntenrechten zorg
<b>Wet marktordening gezondheidszorg</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 81
1	Onderdelen n en o vervallen
17	Eerste lid, onderdelen f en g vervallen
38	Eerste lid vervalt; zie ook 45
<b>Wet op de jeugdzorg</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 82
20	Gewijzigd
24	Gewijzigd
53	Gewijzigd
<b>Wet ambulancezorg</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 83
7	Vervalt
<b>Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen</b>	Wordt gewijzigd met artikel 85
74, vierde lid	Gewijzigd
<b>Arbeidsomstandighedenwet</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 86
14, zesde lid	Gewijzigd
<b>Beginselenwet jeugdinrichtingen</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 87
63	Gewijzigd
<b>Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden</b>	Wet wordt gewijzigd met artikel 88
19	Gewijzigd
20	Gewijzigd

## Toelichting

In de tabel zijn voor wetten die in de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) worden ingetrokken alle bepalingen in beeld gebracht. Daarbij zijn slechts de nog bestaande artikelen van die wetten genoemd. Niet zijn opgenomen de bepalingen waarin inwerkingtreding en citeertitel van die wetten zijn geregeld. Achter elke bepaling is aangegeven waar die, ongewijzigd of gewijzigd, terugkeert in de Wcz.

Voor wetten die blijven bestaan, zijn in de tabel slechts de bepalingen betrokken die vervallen of worden gewijzigd in de Wcz.

Voor zover in de Wcz bepalingen zijn opgenomen die eerder niet bestonden, zijn die vermeld zonder een voorafgaande vermelding van de «bronbepaling».

## Rechten in de brief van 23 mei 2008 en rechten in dit wetsvoorstel

In onderstaand overzicht worden de cliëntenrechten zoals die zijn geformuleerd in de brief aan de Tweede Kamer<sup>1</sup> vergeleken met de rechten voor cliënten en plichten voor zorgaanbieders in dit wetsvoorstel. Tussen haakjes staan de nummers van de wetsartikelen.

Rechten voor cliënten in de brief aan de Kamer	Rechten voor cliënten in dit wetsvoorstel	Plichten voor zorgaanbieders in dit wetsvoorstel
Recht op beschikbare en bereikbare zorg		AWBZ en Zvw Spoedeisende zorg (42) Mededeling onttrekking gebouwen en terreinen aan de zorg (67, vierde lid)
Recht op keuze en het recht op keuze-informatie	Recht op keuze-informatie en op informatie over rechtspositie (13)	
Recht op kwaliteit en veiligheid	Recht op goede zorg (5, eerste lid)	Goede overeenkomst sluiten met zorgverlener (2) Zorg zonder schade (5, tweede lid) Goede organisatie zorgverlening (7) Kwaliteitssysteem (10) Melden calamiteiten en seksueel misbruik (12)
	Recht op geestelijke verzorging (9) Recht op leefwensenonderzoek (9)	
Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy	Recht op overleg (14) Recht op zorg uitsluitend na toestemming (16) Recht bij beoogde voortijdige beëindiging van de zorg (18) Recht op dossier, bewaren dossier en inzage in dossier (19, 20 en 22) Recht op informatie over incidenten (21) Recht op inzage in dossier voor nabestaanden (23) Recht op toestemming voor dossier inzage derden (24) Recht op zorg buiten waarneming derden (26)	Geen informatie onthouden (14) Geen informatie als cliënt dat niet wenst (15) Plichten m.b.t. dossier (19)
Recht op afstemming tussen zorgverleners		Afstemming tussen zorgverleners binnen instelling en tussen zorgaanbieders (7)
Recht op een effectieve en laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling	Recht op klacht- en geschillenbehandeling volgens Wcz (27)	Klachtenregeling (28) Aansluiting bij geschilleninstantie (29) Geheimhoudingsplicht bij klachtenbehandeling (30)

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 476, nr. 1, p. 15.

Rechten voor cliënten in de brief aan de Kamer	Rechten voor cliënten in dit wetsvoorstel	Plichten voor zorgaanbieders in dit wetsvoorstel
Recht op medezeggenschap en goed bestuur	Recht op medezeggenschapsregeling en aansluiting bij vertrouwenscommissie (32)	Regeling medezeggenschap (33) Financiering cliëntenraden (34) Informatie aan cliëntenraad (35) Cliëntenraad in de gelegenheid stellen advies uit te brengen (36) Geen besluit zonder overleg met cliëntenraad en (in aantal gevallen) geen van advies afwijkend besluit zonder vertrouwenscommissie (37) Aansluiting bij vertrouwenscommissie (38) Bestuur en toezichhoudend orgaan (40) Bindende voordracht toezichhoudend orgaan door cliëntenraad (41) Maatschappelijke verantwoording (44) Geen winstuitkeringen (49) Ordelijke bedrijfsvoering (50)