

Wet cliëntenrechten zorg

Memorie van toelichting

12 maart 2009

Algemeen

pm

Artikelsgewijs

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 1

Eerste lid, onder a, en derde tot en met achtste lid

In deze bepalingen komt de reikwijdte van dit wetsvoorstel tot uitdrukking; ter toelichting hierbij merken wij het volgende op:

Allereerst wordt, in onderdeel 1°, onder "zorg" verstaan de zorg en andere diensten als omschreven bij of krachtens de AWBZ en 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 anderszins¹. 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 Zorgverzekeringswet; daarmee wordt bedoeld op met zorg verband houdende verzorging, verpleging, vervoer en verblijf.

Ingevolge onderdeel 2° worden onder "zorg" verder verstaan "handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1, eerste lid, 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.

Wij hebben overwogen om 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

¹ 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 en tweede compartiment is ondergebracht en waarvoor iedere burger zich vrijwillig aanvullend kan verzekeren. Voorbeelden zijn de tandheelkundige hulp voor volwassenen en de alternatieve behandelwijzen.

uitvoeringsbesluit op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen 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 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 71 en 72 artikelteksten inzake klachten en medezeggenschap aan in de WMO en de Wet kinderopvang.

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.

In het derde lid zonderen wij de collectieve infectieziektebestrijding van het toestemmingsvereiste uit. Collectieve infectieziektebestrijding omvat een breed scala aan handelingen die er primair op zijn gericht om het collectief te beschermen. In dat kader gelden bijzondere verplichtingen en bevoegdheden, met name de soms noodzakelijke isolatie van een patiënt, die zelfs tegen de wil van de patiënt moet worden uitgevoerd.

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. Daarom bepaalt het vierde lid van artikel 1 dat de bepalingen van deze wet inzake medezeggenschap en goed bestuur alsmede de verplichting tot de verslaglegging daaromtrent (alsmede die inzake de jaarverantwoording) niet op deze diensten van toepassing zijn.

Voor militaire gezondheidszorg geldt dat de aanbieders daarvan geen privaatrechtelijke rechtspersonen zijn, geen statuten kennen en dat het merendeel van de werknemers in dienst is van 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 vijfde lid van artikel 1 uitgezonderd van hoofdstuk 5, paragraaf 2 (goed bestuur) en van artikel 49a, voor zover het betreft de verslaglegging omtrent goed bestuur en de jaarverantwoording.

Bij het zesde lid merken wij het volgende op. Tot de zorg als omschreven in de Zvw en de AWBZ behoort de verstrekking en aflevering van hulpmiddelen, de "hulpmiddelenzorg". Deze zorg is niet voorbehouden aan specifiek daartoe aangewezen beroepsbeoefenaren of vergunninghouders: het betreft een gedereguleerde markt. Dat is een wezenlijk verschil met andere medische producten en diensten die onder deze wet vallen. De hulpmiddelenzorg kenmerkt zich door een grote groep producten met een enorme diversiteit, van hoogtechnologische producten tot betrekkelijk eenvoudige verbruiksartikelen zoals verbandmiddelen en incontinentiemateriaal. Het spreekt vanzelf dat niet alle leveranciers van deze middelen, met name niet die van de laatstgenoemde categorie, als "zorgaanbieder" in de zin van dit wetsvoorstel behoeven te worden aangemerkt. Dat zou een onnodige administratieve lastendruk 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. Uiteraard heeft dit geen gevolgen voor de vergoeding van de aanspraak op hulpmiddelenzorg. In de Zvw zijn de verzekerde prestaties immers functiegericht omschreven. In dat systeem is het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om

met de verzekerde in de verzekeringsovereenkomst afspraken te maken over wie de zorg verleent en waar die zorg wordt verleend.

Hier zullen wij echter noodgedwongen wel ruimte moeten scheppen voor het bij lagere regelgeving van toepassing verklaren van bepalingen van deze wet: omdat niet op het niveau van de formele wet is aan te geven waar de grens ligt (zo zijn bijvoorbeeld medische hulpmiddelen op amvb-niveau in categorieën ingedeeld), stellen wij voor dat producenten of leveranciers van hulpmiddelen niet onder de reikwijdte van de wet vallen, tenzij bij algemene maatregel van bestuur anders is bepaald.

Hetzelfde geldt voor de verstrekking van zogenoemde "AV-geneesmiddelen"², die ingevolge artikel 62 van de Geneesmiddelenwet eveneens door een ruime kring van bedrijven kan plaatsvinden.

In aansluiting op het zesde lid zonderen wij in het zevende lid de drogisten uit van dit wetsvoorstel. Zij verkopen weliswaar geneesmiddelen, maar het gaat te ver om hen als zorgaanbieder aan te merken.

Bij het achtste 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; een onderzoek in verband met de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf. Een volledige opsomming van wat wij bedoelen, is te vinden in artikel 21, eerste lid, onder b tot en met f, van de WBP. Het kenmerk van de daargenoemde handelingen is dat de cliënt niet uit eigen beweging een zorgaanbieder opzoekt, maar dat een derde opdracht heeft gegeven tot het verlenen van de desbetreffende zorg of (de uitslag van) die zorg als voorwaarde voor een handeling zijnerzijds stelt. Artikel 21 WBP bepaalt dat het verbod tot het verwerken van persoonsgegevens niet geldt bij die specifieke zorghandelingen. Maar ook de in dit wetsvoorstel aan de cliënt toegekende rechten kunnen bij het verlenen van die zorg niet altijd onverkort gelden. Zo zal bij een wettelijk verplichte keuring de zorgaanbieder wel de nodige informatie moeten geven, maar kan van het recht om toestemming te weigeren, geen sprake zijn. Het hangt, zoals het achtste lid dat formuleert, af van de grond voor het verlenen van de desbetreffende vorm van zorg in hoeverre de cliënt op deze wet een beroep kan doen.

Eerste lid, onder b en c, en tweede lid

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, met name met het oog op de bepalingen inzake medezeggenschap en goed bestuur, een onderscheid tussen individuele zorgverlening en zorgverlening in een organisatorisch verband (lees: instelling, zie onderdeel c). Van individuele zorgverlening is sprake indien de zorgaanbieder zijn beroep uitoefent als zelfstandig individu. Hij kan zijn praktijkvoering hebben ondergebracht in een rechtspersoon, maar dat doet er niet aan af dat hij in de maatschappij als zelfstandig, solistisch werkend beroepsbeoefenaar optreedt. Zorgverlening vindt plaats in een organisatorisch verband, wanneer er zorg wordt verleend door twee of meer personen, die op het punt van die zorgverlening in een of andere relatie tot elkaar staan en over die relatie afspraken moeten maken, maar die zich in de maatschappij onder één noemer kenbaar maken; artikel 1, eerste lid, onder c, duidt zo'n

² een geneesmiddel dat zonder recept ook buiten een apotheek of een verkooppunt onder toezicht van een drogist ter hand mag worden gesteld.

“in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin zorg wordt verleend” aan met de term “instelling”.

Individuele personen zijn alleen zorgaanbieder als zij beroeps- of bedrijfsmatig zorg 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, in organisatorisch verband met een secretaresse, zorg verlenen als natuurlijke persoon of in de vorm van een BV. Hij verleent wel beroeps- of bedrijfsmatig zorg, maar zijn praktijk is geen instelling, want van dat organisatorische verband zijn het alleen de werkzaamheden van de huisarts die zijn gericht op het verlenen van zorg. Ook wanneer de huisarts beschikt over een assistent die lichte vormen van zorg verleent, zoals oren uitspuiten, etc, is geen sprake van een instelling; de assistent is te beschouwen als de verlengde arm van de huisarts. Een groepspraktijk van twee fysiotherapeuten, die onderling afspraken moeten maken over bijvoorbeeld de werkverdeling of het gebruik van de praktijkruimte, is een organisatorisch verband. 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 inhuurt, houdt een instelling in stand. Het bestuur van een rechtspersoon die statutair tot doel heeft, verpleeghuiszorg te bieden en daartoe verpleegkundigen in dienst heeft of inhuurt, houdt een instelling in stand.

Het voorstel verklaart in artikel 1, eerste lid, onder b, 2°, tot zorgaanbieder de natuurlijke persoon of rechtspersoon die voor het verlenen van zorg een instelling in stand houdt; de instelling kan een ziekenhuis zijn. Is er sprake van één zelfstandig ziekenhuis, geëxploiteerd door een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, zonder (statutaire) verbindingen met een andere rechtspersoon, dan is die natuurlijke persoon of rechtspersoon degene die het ziekenhuis in stand houdt en dus de zorgaanbieder. In de gezondheidssector komt echter 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 overkoepelende rechtspersoon houdt zich doorgaans op de achtergrond; het heeft de exploitatie van elk der onderhangende zorginstellingen opgedragen aan een derde. Indien zo’n “derde” ook een rechtspersoon is, is de laatstbedoelde rechtspersoon degene die de zorg verleent en wordt deze voor de toepassing van deze wet aangemerkt als degene die de instelling in stand houdt en dus als “zorgaanbieder”. De taak van de overkoepelende rechtspersoon zou men 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 houdt. Niettemin is dan toch het bestuur van de onderhangende zorginstelling de “zorgaanbieder”. Indien het bestuur van de overkoepelende rechtspersoon de exploitatie van een zorginstelling opgedragen heeft aan een natuurlijke persoon, een “directeur”, dan is het niet die directeur maar de overkoepelende rechtspersoon die zorg verleent door een instelling in stand te houden. Die rechtspersoon is dan de zorgaanbieder.

Vaak zijn bij de zorgverlening in instellingsverband binnen dat verband min of meer zelfstandige, kleinere organisatorische verbanden te onderscheiden; zo wordt in ziekenhuizen veelal een deel van de zorg verleend door toegelaten maatschappen; ook besteden ziekenhuizen zorg soms uit aan BV’s. Ingevolge het tweede lid van artikel 1 worden deze kleinere organisatorische verbanden beschouwd als deel van de instelling in het kader waarvan zij zorg verlenen. Daarnaast plegen in veel ziekenhuizen beroepsbeoefenaren op individuele basis te werken, bijvoorbeeld op grond van een

toelatingscontract. Soms hebben zij buiten het ziekenhuis een eigen zelfstandige praktijk en verdeelen zij hun tijd over beide locaties. Ingevolge artikel 1, eerste lid, onder b, 1°, zijn deze personen bij hun werkzaamheden in de eigen praktijk zorgaanbieder. In de tijd dat zij in het ziekenhuis werken, vallen zij onder de verantwoordelijkheid van degene die dat ziekenhuis in stand houdt.

In alle gevallen is het dus aan degene die de instelling in stand houdt (de zorgaanbieder), om te zorgen dat zowel de individueel in de instelling werkzame personen als degenen die in zo'n binnen de instelling optredend kleiner organisatorisch verband zorg verlenen, zich aan de wet houden; wij benadrukken dat in artikel 3.

Zorgaanbieders zonder rechtspersoonlijkheid die 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 verantwoording 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 wettekst, met de bovenstaande, aan de toelichting bij de Kwaliteitswet zorginstellingen ontleende uiteenzetting, de handhaver wel uitsluitel 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 contractsbasis, 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 de zorgverlening niet hun beroep of bedrijf maken, inclusief een registratieplicht als opgenomen in artikel 49, is praktisch niet uitvoerbaar.

Zou een cliënt met een indicatie voor verpleging met een PGB een free-lance-verpleegkundige contracteren, dan is die verpleegkundige wel zorgaanbieder; het verplegen is immers zijn of haar beroep. De verpleegkundige zal ook ingeschreven moeten zijn in het BIG-register en valt nu al onder artikel 40 van die wet. Op grond van artikel 49 van dit wetsvoorstel is ook registratie vereist.

Voor veel instanties die bij zorgverlening zijn betrokken, geldt dat zij alleen zorgaanbieder zijn als hun werkzaamheden direct daarop zijn gericht. De werkzaamheden van de eerdergenoemde "overkoepelende" rechtspersonen zijn doorgaans gericht op het besturen van zorgaanbieders; 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 eerste-lijns, zorg beogen te leveren en daartoe afspraken hebben gemaakt met beroepsbeoefenaars. In-

dien die beroepsbeoefenaars zich naar buiten presenteren onder één vlag, die van de zorggroep, en de cliënt (of zijn verzekeraar) een rekening van de zorggroep krijgt, maar de beroepsbeoefenaars in juridische zin zelfstandig hun beroep uitoefenen, dat wil zeggen dat zij over de omvang of inhoud van de daadwerkelijke zorgverlening geen contract hebben gesloten met die zorggroep, zijn de (afzonderlijke of samenwerkende) beroepsbeoefenaars de zorgaanbieders; de zorggroep dient dan slechts voor hun administratieve ondersteuning.

In gezondheidscentra werken vaak 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, e.d.: 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.

De Zvw staat toe dat verzekeraars zorg verlenen. 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 verleent 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 verstrekt geen zorg maar een zorgverlener. Zorgt het bureau ook voor continuïteit bij ziekte van de zorgverlener en maakt het met de zorgverlener afspraken over de inhoud van de zorg, dan is het bureau als zorgaanbieder te beschouwen; dan verleent het zorg.

Hierboven is al gesproken over ziekenhuizen waarin vaak delen van de zorg zijn uitbesteed of worden uitgevoerd door maatschappen, maar waarbij degene die het ziekenhuis in stand houdt, zorgaanbieder is (artikel 1, tweede lid). Ook andere organisatorische verbanden, zoals thuiszorginstellingen, kunnen (delen van) hun werkzaamheden hebben uitbesteed. Ook hiervoor geldt dat, als het uitbestedende verband zich met de inhoud van de zorg bemoeit, degene die dat verband in stand houdt, zorgaanbieder is. 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 aan zorgaanbieders, zoals huisartsen en ziekenhuizen. 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; dat zal echter veelal niet het geval zijn.

Eerste lid, onder d

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.

Artikel 2 geschrapt

Artikel 3

Zoals wij hierboven hebben gezegd, gebruiken wij de term "zorgaanbieder" als aanduiding van degene die verantwoordelijk is voor de naleving van deze wet. 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, de zorgaanbieder. Ook in dat geval is het mogelijk dat de zorgaanbieder zorg verleent, maar hij doet dat in een verband met andere personen die zorg verlenen. Die andere personen kunnen aan hem nevensgeschikt zijn, zij kunnen in zijn dienst staan of in zijn opdracht zorg verlenen. In alle gevallen ligt een overeenkomst aan het verband ten grondslag over de zorgverlening. De zorgaanbieder is ingevolge artikel 3 gehouden in die overeenkomst bepalingen op te nemen, erop gericht dat de personen die in het door hem in stand gehouden verband zorg verlenen, de rechten van de cliënt in acht nemen. Men kan stellen dat een bepaling als deze overbodig is, omdat die verantwoordelijkheid al voortvloeit uit de bepalingen waarbij wij de zorgaanbieder verplichtingen opleggen. Niettemin 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.

Artikel 4 geschrapt

Artikel 5

In deze bepaling zijn, mutatis mutandis, de eerste vijf leden van artikel 7:465 BW overgenomen. 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 21, waar het over de (uitzonderingen op de eis van) toestemming gaat.

Ook al moet ingevolge artikel 5 de zorgaanbieder zijn verplichtingen jegens minderjarigen jonger dan twaalf jaar of 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 verle-

nen”, dat wil zeggen bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed zorgaanbieder in acht nemen. Dit kan zelfs onder omstandigheden betekenen dat de zorgaanbieder de mening van de minderjarige cliënt zwaarder laat wegen dan die van diens vertegenwoordiger.

De werkingssfeer van artikel 5 is ten opzichte van die van 7:465 BW uitgebreid met de verplichtingen die voor de zorgaanbieder jegens de cliënt voortvloeien uit de artikelen 31 en 32 van dit wetsvoorstel, te weten de bepalingen inzake de klachten/geschillenregeling. Ook inzake die aspecten van de zorgverlening moeten ouders, voogden, etc voor de personen over wie zij het gezag uitoefenen, kunnen optreden.

Onder de wetsartikelen waarnaar artikel 5 verwijst, is artikel 23, dat de zorgaanbieder ertoe verplicht een dossier over de cliënt aan te leggen. Het aanleggen van een dossier is een verwerking van persoonsgegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (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 zelfstandig kunnen opkomen voor zijn rechten de leeftijdsgrens van twaalf jaar gehanteerd, en wij zien geen reden daar met dit wetsvoorstel van af te wijken. Denkbaar zou zijn dat alleen voor het omgaan met het dossier de leeftijdsgrens van de WBP van zestien jaar wordt gehanteerd, maar dat zou erop neer komen dat bij de zorgverlening twee leeftijdsgrenzen in acht moeten worden genomen. Voor het zelfstandig geven van toestemming kan de cliënt twaalf jaar zijn, voor het vragen om inzage in het dossier moet hij zestien zijn; dit lijkt ons in de praktijk niet goed werkbaar.

Hoofdstuk 2. Goede zorg

Paragraaf 1. Kwaliteit

Artikel 6

Eerste lid

In 1996 is het begrip “verantwoorde zorg” opgenomen in de Nederlandse wetgeving (artikel 2 Kwaliteitswet zorginstellingen, 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 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 over de rol van 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”³. Vervolgens verwees die toelichting ter illustratie naar dezelfde rapporten, protocollen, etc, als waarnaar de toelichting van de Kwaliteitswet zorginstellingen verwees.

³ Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, blz. 33

Aan de ene kant bestrijkt de WGBO een kleiner deel van de zorg dan de Kwaliteitswet zorginstellingen; de laatste wet is zowel van toepassing op de "cure" als op de "care"; de WGBO is alleen van toepassing op de "geneeskundige behandeling" (lees: cure). Maar aan de andere kant is de WGBO ruimer: eronder valt een ieder die geneeskundige behandeling geeft, dus ook de persoon die niet is ingeschreven in het register van artikel 3 van de Wet BIG of die niet is bedoeld in artikel 34 van die wet, onder andere de alternatieve behandelaar. Omdat wij enerzijds, zoals hierboven is uiteengezet, met het overbrengen van een aantal bepalingen van de WGBO naar dit wetsvoorstel "automatisch" de werkingssfeer daarvan verbreden tot het begrip "zorg" van artikel 1, dat zowel cure als care omvat, en omdat wij anderzijds de ruimere werkingssfeer van de WGBO op het punt van de niet in de Wet BIG geregelde beroepen willen handhaven, stellen wij voor om in artikel 6 de kwaliteitsnorm van de WGBO van "goed hulpverlener" te gebruiken, vertaald in de norm van "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.

Tweede lid

De Kwaliteitswet zorginstellingen 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. 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"⁴.

Artikel 6a

Dit artikel, overgenomen van artikel 7:452 BW, past in een wet die betrekking heeft op de relatie cliënt - zorgaanbieder. 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 (zie artikel 12a). Van de cliënt mag dus worden verwacht dat hij van voor de zorgverlening relevante gegevens mededeling doet, bijvoorbeeld bij de bespreking van de te verlenen zorg op grond van artikel 17. Toepassing van het Elektronisch Patiënten Dossier zal het verkrijgen van de nodige informatie overigens vergemakkelijken.

Een gebrek aan medewerking bij de zorgverlening door de cliënt kan tot gevolg hebben dat de zorg niet dat kwaliteitsniveau heeft dat wenselijk zou zijn, waarvoor de zorgaanbieder in dat geval niet aansprakelijk gesteld kan worden.

Artikel 7

In dit artikel is de inhoud van de artikelen 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen en 40, eerste lid, van de Wet BIG samengebracht; beide bepalingen geven de zorgaanbieder, of deze nu op individuele basis zorg verleent of in instellingsverband, opdracht de zorgverlening zodanig in te richten dat goede zorg redelijkerwijs het resultaat is. Die opdracht strekt zich uitdrukkelijk ook 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

⁴ Kamerstukken II 1992/93, 21 561, nr. 15, blz. 12

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.

Met "personele voorzieningen" doelen wij niet alleen op personen die in dienst zijn van de zorgaanbieder, maar ook op personen die, bijvoorbeeld op basis van een toelatingscontract of door middel van uitbesteding, voor een zorgaanbieder werken; te denken valt aan een specialisten-BV in een ziekenhuis.

Wij stellen degene die een instelling in stand houdt, de zorgaanbieder, verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening in de instelling. De zorgaanbieder dient, om zijn verantwoordelijkheid te kunnen waarmaken, op de hoogte te zijn van wat er in de instelling gebeurt en over bevoegdheden te beschikken om zo nodig in te grijpen. De personen die daadwerkelijk zorg verlenen, zijn hem dan ook verantwoording verschuldigd over hun beroepsuitoefening.

Bij het goed organiseren van de zorgverlening in instellingsverband behoort de zorgaanbieder ook aandacht te besteden aan de onderlinge afstemming van de verschillende beroepsbeoefenaren. Indien de cliënt, zoals vaak het geval is, te maken heeft met meerdere personen die hem, gelijktijdig of achtereenvolgens, zorg verlenen, dienen de betrokken personen hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen en daarover afspraken te maken. Dat wil zeggen dat zij aandacht hebben voor de aansluiting van het eigen werk op dat van hun collega's en moeten letten op de eventuele risico's die voor de zorgverlening en de samenwerking een bedreiging vormen. De beroepsbeoefenaren informeren elkaar dan ook goed, stemmen hun aanpak onderling af, overleggen waar nodig over het verlenen van de zorg en geven aandacht aan nazorg. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, dus degene die de instelling in stand houdt, de organisatie zó op te zetten en de in de instelling werkende beroepsbeoefenaren zó te instrueren, dat voldaan wordt aan de hierboven globaal omschreven vereisten.

Natuurlijk dienen ook zorgaanbieders onderling waar nodig voor afstemming zorg te dragen; zie daarvoor de artikelen 12a, 13 en 14.

Artikel 8

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 verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

Maar bij het opstellen van de Kwaliteitswet werd in artikel 6 voorzien in de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur 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 gehandhaafd, 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 de WCZ (zie artikel 55). 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 ter zake een uitdrukkelijke regeling vereiste. Het tweede besluit, dat op .. januari 2009 in werking is getreden (Stb. ...), 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 gewoonlijk een of meer etmalen 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 zorginstellingen, 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 zorginstellingen sprak de toenmalige minister als 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 bezorgde⁵.

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 gelijkloidend aan artikel 4, eerste lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen en artikel 40, tweede lid, van de Wet BIG.

In het tweede lid wordt, overeenkomstig artikel 4, tweede lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen, 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 analyse-rapporten, 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 49a van dit wetsvoorstel jaarlijks verslag te doen van de wijze

⁵ Kamerstukken II 1994/95, 23 633, nr. 19

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.

Ingevolge artikel 49b stelt de minister, met het oog op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid ervan in het kader 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, waarover twee recente rechterlijke uitspraken zijn aan te wijzen, maakte de wenselijkheid ervan duidelijk. Ter zake merken wij het volgende op.

Tot de op grond van artikel 10 te verzamelen gegevens ten behoeve van het kwaliteitssysteem kunnen tot de cliënt herleidbare gegevens betreffende zijn gezondheid behoren. Het eerste lid van artikel 11 bepaalt dat voor deze verwerking van persoonsgegevens de toestemming van de cliënt niet vereist is. Wij achten deze afwijking van artikel 16 juncto 23, eerste lid, onder a, van de WBP noodzakelijk en gerechtvaardigd omdat een goed kwaliteitssysteem een vereiste is voor een goede gezondheidszorg als bedoeld in artikel 21, eerste lid, onder a, van die wet. De gegevens dienen het algemene belang, gericht op optimalisering van de kwaliteit van zorg en dus, indirect, het belang van de betrokken cliënt. De tweede volzin van het eerste lid legt de zorgaanbieder de plicht op om bij het toepassing geven aan de eerste volzin de evenredigheid in acht te nemen: de afwijking van de WBP geldt alleen voor zover de gegevens worden gebruikt voor het kwaliteitssysteem.

Het tweede lid bevat een voorziening die ertoe strekt dat informatie die de zorgaanbieder gebruikt ten behoeve van zijn kwaliteitssysteem, in beginsel niet ten nadele van de betrokkenen, met name de zorgverleners, kan worden gebruikt. Voor een goed werkend kwaliteitssysteem zijn 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 degene over wie wordt gemeld, grote waarde gehecht; dit wordt wel het "veilig-melden-systeem" genoemd.

In de afgelopen jaren zijn er twee rechterlijke uitspraken gedaan, waarin het belang van het "veilig melden" is gewogen. De eerste was van de Rechtbank Zwolle in kort geding⁶. De rechter woog in dat geding het belang van de hulpverleners bij een goed functionerend meldingssysteem, 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 Leeuwarden⁷. 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.

Bij het wettelijk vastleggen in artikel 11 van het systeem van "veilig melden" gaan wij er wel van uit dat aan de verplichtingen om de cliënt de informatie te geven waar hij recht op heeft, onverkort

⁶ 20 december 2007, zaaknummer 138592/KG ZA 07-497.

⁷ 9 december 2008, zaaknummer 107.000.627/01 (voorheen 0500424).

wordt voldaan. Bij eventuele rechtszaken daaromtrent vindt dan geen belangenafweging meer plaats, maar toetst de rechter of de desbetreffende bepaling is nageleefd.

Wij wijzen er met nadruk op dat de bescherming van artikel 11, tweede lid, alleen geldt voor de basisgegevens zoals die in de registers zijn opgenomen. De bescherming betreft de gegevens die de melder heeft ingevoerd in het register ongeacht of hij 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 melder of betrokken 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 artikel 11, tweede lid, mogen gegevens uit de registers niet worden gebruikt voor het nemen van maatregelen tegen betrokkenen bij een incident. 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 uit de kwaliteitsregisters van zorgaanbieders, om de effectiviteit van deze registers niet in gevaar te brengen. 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, is sprake van een structurele fout; door een andere volgorde van de klaargelegde instrumenten 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 gesignaleerd. Voor deze laatste melding geldt de bescherming van artikel 11, tweede lid.

Een juridische bescherming als bedoeld in het tweede lid van artikel 11 is echter niet voldoende. Indien de gegevens in het kwaliteitssysteem openbaar zijn, kan een ieder gegevens over bijna-fouten opvragen en via de pers wereldkundig maken. Zo'n publicatie kan tot grotere schade leiden dan een juridische procedure. Daarom bepaalt het derde lid van artikel 11 dat de gegevens zoals die zijn 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. Ook de geschilleninstantie (zie artikel 32, derde lid, onder d) heeft toegang tot het kwaliteitssysteem, en wel indien een cliënt zich tot haar heeft gewend in verband met het mogelijk niet naleven van artikel 24 door de zorgaanbieder.

Overigens doen de IGZ en de geschilleninstantie er goed aan, slechts bij uiterste noodzaak van het inzagerecht gebruik te maken, om het "veilig-melden-systeem" niet te ondergraven, wat ten koste van het leer-effect zou gaan. Zoals hierboven is gezegd, geldt de bescherming niet voor geaggregeerde gegevens, afgeleid uit de kwaliteitsregistratie.

In dit verband is het goed te wijzen op de artikelen 12 en 24; 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. Ook bij de mededeling

van incidenten aan de cliënt ingevolge artikel 24 komen de op het incident betrekking hebbende gegevens, behalve in de mededeling en in het dossier, tevens in het kwaliteitssysteem terecht. Voorts, indien het incident een calamiteit betreft, wordt het gemeld aan de IGZ ingevolge artikel 12. In het laatste geval komen de gegevens dus op drie plaatsen terecht.

Artikel 12

Dit artikel is in 2005 in de Kwaliteitswet zorginstellingen ingevoegd als artikel 4a; overbrenging naar dit wetsvoorstel is wenselijk. Volgens de memorie van toelichting bij de desbetreffende wijzigingswet⁸ 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 zorginstellingen (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”.

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 hulpverlener is betrokken, uitgezonderd hulpverleners onderling”.

De verplichte melding van calamiteiten aan de IGZ dient het handhavingsbeleid van de IGZ en is daarmee van geheel andere aard dan het hierboven genoemde “veilig-melden-systeem”. 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 start vervolgens een feitenonderzoek naar de calamiteit 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.

Paragraaf 2. Afstemming

De inhoud van paragraaf 2 inzake de afstemming tussen zorgaanbieders valt naar zijn strekking onder het begrip “goede zorg” en zou dus geen afzonderlijke regeling behoeven, ware het niet dat afstemming een aspect van de zorg is dat tot nu toe nogal onderbelicht, om niet te zeggen: verwaarloosd is geweest. Met deze artikelen, die in de Kwaliteitswet zorginstellingen nog niet voorkwamen, wordt daarvoor uitdrukkelijk aandacht gevraagd.

In de toelichting bij artikel 7 hebben wij het gehad over de afstemming tussen beroepsbeoefenaars die werkzaam zijn in instellingsverband. In de artikelen 12a, 13 en 14 gaat het om de afstemming tussen individuele, vrijgevestigde zorgaanbieders, onderling of met instellingen, en om de

⁸ Kamerstukken II 2001/02, 28 489, nr. 3

afstemming tussen verschillende instellingen. Bij afstemming tussen instellingen valt bijvoorbeeld te denken aan zorg die achtereenvolgens in een basisziekenhuis en, wegens complicaties, in een academisch ziekenhuis wordt verleend. Maar ook wanneer een cliënt aanvankelijk met thuiszorg kan worden geholpen, maar later wegens verslechtering van zijn toestand in een verpleeghuis moet worden opgenomen, dienen beide desbetreffende instellingen hun zorg op elkaar te hebben afgestemd.

Artikel 12a

Wanneer een cliënt van twee verschillende zorgaanbieders zorg ontvangt zonder dat zij dat van elkaar weten, kan het gebeuren dat de zorg van de één een averechtse uitwerking heeft op de zorg van de ander. Om dit te voorkomen, hoort de zorgaanbieder de cliënt die bij hem om zorg komt, te vragen of hij wellicht ook bij een andere zorgaanbieder onder behandeling is. Indien de cliënt dat bevestigt, kan de zorgaanbieder, indien de aard van zijn zorg of die van de ander daar aanleiding toe geeft, met die andere zorgaanbieder contact opnemen, zodat zij hun zorg op elkaar kunnen afstemmen. Het Elektronisch Patiënten Dossier zal deze vorm van afstemming kunnen vergemakkelijken.

Artikel 13

Indien bij het verlenen van zorg meer zorgaanbieders zijn betrokken, wijzen zij één van hen aan als aanspreekpunt, als "verkeersagent" in de zorgverlening. De desbetreffende zorgaanbieder stelt zich regelmatig op de hoogte van de behandeling, verpleging en verzorging van de cliënt, bewaakt diens belangen en is voor de cliënt op ieder moment aanspreekbaar. De overige zorgaanbieders respecteren deze afspraak en geven hieraan hun medewerking. Ook ingeval de zorgaanbieder de cliënt naar een andere zorgaanbieder doorverwijst blijft zijn verantwoordelijkheid als aanspreekpunt van de cliënt in stand tenzij hij met de cliënt en een andere zorgaanbieder afsprekt dat de laatste de verantwoordelijkheid op zich neemt. Overigens heeft, zoals wij hieronder bij artikel 15 nog zullen bespreken, de cliënt in eerste instantie zelf de regie over zijn zorg.

De eerste twee leden van dit artikel bevatten verplichtingen voor gezamenlijke zorgaanbieders. Om een eventuele patstelling daarbij te doorbreken, bepalen wij in het derde lid dat de cliënt ieder van de betrokken zorgaanbieders kan aanspreken op het naleven van de verplichtingen.

Artikel 14

Indien een zorgaanbieder aangeeft dat een andere zorgaanbieder meer geschikt is om passende zorg te leveren dan hijzelf, verwijst hij de cliënt door naar die andere zorgaanbieder. Met de verwijzing houden de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder niet op. Hij blijft verantwoordelijk voor de volgende zaken:

- Een zorgaanbieder verwijst een cliënt niet door naar een andere zorgaanbieder dan nadat hij zich ervan heeft vergewist dat die andere zorgaanbieder zorg kan verlenen. Het gaat niet aan dat een zorgaanbieder een cliënt met spoed verwijst naar een andere zorgaanbieder, van wie hij met één telefoontje had kunnen weten dat die op dat moment niet beschikbaar is. De zorgaanbieder behoeft niet de rol van de verzekeraar over te nemen wat betreft bemiddeling bij wachtlijsten, maar hij dient zich er wel van te vergewissen dat de zorg tijdig beschikbaar is en dat de andere zorgaanbieder bevoegd is om de zorg te verlenen.

- Degene die een cliënt doorverwijst naar een andere zorgaanbieder en aldus de zorg voor een cliënt aan een andere zorgaanbieder overdraagt, blijft voor de zorgvuldige afhandeling van de aan hem voorgelegde zorgvraag verantwoordelijk totdat de cliënt door de nieuwe zorgaanbieder in zorg is genomen.

- Ook dient hij ervoor zorg te dragen dat de informatieverstrekking adequaat is. Hij dient de andere zorgaanbieder de gegevens uit het medisch dossier te verstrekken welke naar zijn oordeel die

andere zorgaanbieder nodig heeft om goede zorg te kunnen verlenen. Van degene die de zorg voor de cliënt overneemt, mag anderzijds worden verwacht dat hij zich tijdig in het dossier verdiept.

Wat betreft het derde lid van artikel 14 merken wij het volgende op. Als sluitstuk in een goed functionerend zorgstelsel dient er altijd iemand te zijn tot wie een cliënt zich kan wenden om raad of bijstand; in artikel 15 is neergelegd dat dit de huisarts is. De huisarts treedt voor de cliënt die door de inschrijving op naam aan hem is gekoppeld, op diens verzoek op als diens persoonlijke gids. Dat betekent wel dat de huisarts ook op de hoogte moet zijn van eventuele zorgverlening door andere zorgaanbieders. Het is van belang dat hij snel en adequaat informatie ontvangt van andere artsen om over de actuele gezondheidstoestand van zijn cliënten geïnformeerd te blijven. Herhaaldelijk komt het voor dat informatie over de behandeling bijvoorbeeld binnen het ziekenhuis van cliënten onvolledig of te laat wordt doorgegeven. Om die reden leggen wij deze verplichting vast in dit artikellid.

Artikel 15

Uitgangspunt is dat de cliënt zelf mag bepalen of hij gebruik wenst te maken van gezondheidszorg en op wie hij daarvoor een beroep wenst te doen; de cliënt heeft de regie over zijn zorg. De regie kan zich richten op de wegen om zorg te verkrijgen, maar ook op de medisch inhoudelijke component van de zorg. Hij kan de regie zelf voeren, maar hij kan ook aan een ander vragen om hem daarbij te helpen. Zeker cliënten die zelf niet goed in staat zijn om zelf de benodigde keuzes te maken, kunnen gebaat zijn met ondersteuning van iemand uit de nabije omgeving (zonder dat sprake is van vertegenwoordiging als bedoeld in artikel 5). De cliënt moet de persoon zelf kunnen kiezen. Het kan een familielid zijn of de eerst verantwoordelijke behandelaar of verzorgende. Te denken valt aan de kinderarts, de geriater, de verpleeghuisarts of wijkverpleegkundige die deze rol op zich neemt. De gekozen persoon heeft dan de rol van vertrouwenspersoon, die de cliënt steunt als hij zelf niet in staat is om de juiste keuzes te maken of om de zorgverlening te regelen. Te denken valt overigens ook aan de verzekeraar die uit hoofde van zijn zorgplicht de cliënt zou kunnen helpen bij het verkrijgen van goede zorg.

Niet iedereen is in de positie om een bekende of eerstverantwoordelijke behandelaar of verzorger hierom te vragen. Het kan zijn omdat het vertrouwen in die persoon ontbreekt of gewoonweg omdat een dergelijke persoon er niet is. Toch dient er als sluitstuk in een goed functionerend zorgstelsel altijd iemand te zijn tot wie een cliënt zich in uiterste instantie kan wenden. In dit artikel is neergelegd dat dit de huisarts is. De inschrijving op naam van cliënten bij hun huisarts koppelt de cliënt in ons land aan deze zorgaanbieder. Van de huisarts mag worden verwacht dat hij zich – voor zo ver daartoe aanleiding bestaat – met enige regelmaat op de hoogte houdt van de gezondheidstoestand van de bij hem ingeschreven cliënten. Dit sluit ook aan op de ambitie van de Landelijke Huisartsen Vereniging, dat de huisarts optreedt als persoonlijke gids voor de cliënt die door de inschrijving op naam aan hem is gekoppeld. De huisarts kan voor de uitvoering van de op hem rustende verplichting een gespecialiseerde ondersteuning inschakelen, met behoud van zijn verantwoordelijkheid.

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 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 de “cure”. In dit wetsvoorstel is de reikwijdte van de cliëntenrechten gekoppeld aan het ruime begrip “zorg” van artikel 1 en daarmee uitgebreid met de “care”.

In hoofdstuk 3 is het merendeel van de betrokken bepalingen van de WGBO mutatis mutandis bijeengebracht, aangevuld met enkele noodzakelijk geachte artikelen (21, tweede lid, 22 en 24). In de als bijlage bij deze toelichting gevoegde transponeringstabel is aangegeven in welke bepalingen de verschillende WGBO-bepalingen terugkeren.

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 16

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, 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 49b regels inzake de wijze van deze informatieverstrekking.

De zorgaanbieder wijst de cliënt ook op zijn rechten die uit deze wet voortvloeien, op eventuele rechten op grond van een behandelingsovereenkomst, 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 2.3 van het algemene deel van deze toelichting.

Artikel 17

Heeft de cliënt op grond van de ingevolge artikel 16 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 veronderstelt een eenrichtingsverkeer van zorgverlener naar cliënt, en 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 be-

hoort 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.

Artikel 17 eist van de zorgaanbieder dat hij met de cliënt overleg pleegt over diens gezondheidstoestand, de daarmee samenhangende behoefte aan zorg en welke vorm of vormen van zorg 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 zorg 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 bevattingsvermogen van de patiënt. In dit wetsvoorstel wordt deze plicht uitgebreid: de zorgaanbieder moet zich bij iedere cliënt (of diens vertegenwoordiger, zie artikel 5) rekenschap geven van diens bevattingsvermogen. Per slot van rekening zijn volwassenen bijvoorbeeld niet altijd de Nederlandse taal voldoende machtig.

De informatie moet duidelijk zijn, wat betekent dat niet alleen 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 welke verrichtingen concreet moeten plaatsvinden.

In dit verband wijzen wij op het systeem van de Diagnose behandeling combinatie (DBC). Met name bij de 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 17 aan deze gang van zaken aandacht besteedt, zodat de cliënt niet op het verkeerde been wordt gezet.

Het tweede lid van artikel 17 geeft aan dat de zorgaanbieder zich bij diens 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 methoden die in aanmerking komen, en

- de staat van en vooruitzichten met betrekking tot de gezondheid wat betreft het terrein van 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. Naarmate de ernst van het risico of de ingrijpendheid toeneemt worden aan het overleg en de informatieplicht hogere eisen 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.

Het derde lid van artikel 17 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 WGBO⁹ 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 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 onderwerpen getuigen dat in de praktijk zorgaanbieders weinig gebruik van deze uitzondering maken.

Artikel 18

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, dan dient de zorgaanbieder deze wens in beginsel te respecteren en blijft het verstrekken van informatie achterwege. 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

⁹ Evaluatie WGBO blz. 33.

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 maken¹⁰. Jurisprudentie over dit recht is dan ook schaars.

Artikel 19
verplaatst naar 6a

Artikel 20

Artikel 7:450 BW bepaalt dat voor verrichtingen de toestemming van de patiënt is vereist; in dit wetsvoorstel nemen wij dat vereiste over. 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 WGBO¹¹ 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 toelichting¹², "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 20 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 20 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. Overigens herinneren wij in dit verband aan artikel 1, zevende lid, dat de toepasselijkheid van deze wet, en dan denken wij vooral aan artikel 20, bij bepaalde, specifieke zorghandelingen afhankelijk stelt van de grond tot het verlenen van die zorg.

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, 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.

Uit het tweede lid van artikel 20 volgt dat voor minderjarige cliënten vanaf twaalf jaar in beginsel van twee personen toestemming is vereist; zowel het kind als de ouders of voogd moeten toe-

¹⁰ Evaluatie WGBO blz. 11.

¹¹ Kamerstukken II ...

¹² Kamerstukken II ...

stemming geven. Er zijn twee uitzonderingen op dit beginsel: zo kan de zorgaanbieder een verrichting uitvoeren zonder de toestemming van de ouders of voogd indien een minderjarige een verrichting weloverwogen blijft wensen. De zorgaanbieder doet er daarbij verstandig aan om de toestemming van de minderjarigen schriftelijk vast te leggen. Een tweede uitzondering betreft het geval waarin de verrichting nodig is om ernstig nadeel te voorkomen.

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, dan heeft de zorgaanbieder de vrijheid om geen zorg te verlenen. Overigens doet hij er dan verstandig aan om advies in te winnen van een collega. Bij ingrijpende verrichtingen legt de zorgaanbieder de toestemming altijd vast in het dossier; zie artikel 23, derde lid.

Ingevolge het derde lid van artikel 20 kan een verklaring, inhoudende een weigering van toestemming, die is afgelegd terwijl de cliënt nog wilsbekwaam is, worden gebruikt in situaties dat de cliënt niet meer wilsbekwaam is.

In nauwe relatie met het "toestemmingsrecht" van artikel 20 staat het recht van de cliënt op vrije keuze van zorgaanbieder. Daarvoor verwijzen wij naar paragraaf 2.3 van het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel 21

Zoals gezegd, is in beginsel voor alle verrichtingen toestemming vereist. De toestemming hoeft echter niet altijd uitdrukkelijk te worden gegeven; zij kan soms worden verondersteld. Artikel 21, de opvolger van de artikelen 7:465, zesde lid, en 7:466 BW, geeft in het eerste lid 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.

Een bewusteloze cliënt of een cliënt in coma kan geen toestemming geven. Niettemin kan in zo'n geval de toestemming niet altijd worden verondersteld, met name niet indien de 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 heeft toen geantwoord dat hij het standpunt van de 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 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.¹³

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.

¹³ Handelingen I, 2 december 2008, blzn. 11-544 en 11-558.

Het tweede lid van artikel 21 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 ook toestemming van een ouder of vertegenwoordiger niet kan worden afgewacht, mag de zorgaanbieder zonder toestemming ingrijpen om daardoor ernstig nadeel te voorkomen.

Het derde lid bepaalt dat verzet door de cliënt tegen behandeling in beginsel behoort te worden gerespecteerd, ook al heeft zijn gemachtigde of vertegenwoordiger toestemming voor de zorg gegeven. Alleen indien de verrichting 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.

Artikel 22

De cliënt heeft er recht op dat de zorgaanbieder van zijn keuze de zorg ook af maakt. Het kan echter voorkomen dat een cliënt tijdens de zorgverlening een zodanig verschil van mening heeft met de zorgaanbieder dat van deze in redelijkheid niet kan worden verlangd dat hij de zorgverlening voortzet. De zorgaanbieder moet dan de mogelijkheid hebben zijn zorgverlening stop te zetten en de cliënt over te dragen aan een andere zorgaanbieder. 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 cliënt beslist uiteraard of hij voor de (voortzetting van de) zorgverlening door de nieuwe zorgaanbieder toestemming geeft (hij mag ook voortzetting weigeren), en beide zorgaanbieders zijn gehouden artikel 14 inzake verwijzing na te leven.

Artikel 22 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 23

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 verstaan 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.

Indien 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 23, 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 op verantwoorde zorg.

Bij artikel 20 wezen wij op de mogelijkheid van het schriftelijk vastleggen van de toestemming in het dossier; ingevolge artikel 23, 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 23, vierde lid, te voldoen.

Artikel 23a

Artikel 7:454, derde lid, BW bepaalde oorspronkelijk dat de hulpverlener bescheiden die tot het medische dossier behoren, gedurende ten minste tien jaren moest bewaren, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeide. Deze termijn is bij de wet van 22 december 2005¹⁴ van tien op vijftien jaren gebracht, mede naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad¹⁵. Deze had vastgesteld dat de bestaande termijn te kort is en daardoor op ten minste drie punten knelpunten oplevert: de zorg voor de patiënt zelf, de mogelijke zorgbehoefte van diens verwanten en het medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Het ging daarbij toen om een tijdelijke voorziening, in afwachting van de uitslag van onderzoek naar een meer structurele oplossing. Wij stellen thans een bewaartermijn van 30 jaar voor, en voegen er ter verduidelijking een moment aan toe vanaf wanneer die termijn gaat lopen. De Gezondheidsraad schrijft op bladzijde 16 van bovengenoemd advies: "Hoewel zij niet uitsluit dat nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen de argumenten voor de eerder genoemde radicale oplossing (een zeer lange bewaartermijn waarin alle relevante belangen tegelijk zijn verdisconteerd) op termijn aan kracht zullen doen winnen, is dat niet de benadering die de commissie bepleit. Volgens haar biedt een regeling die afzonderlijke bewaartrajecten omvat voor zorg, onderzoek en verwanten, de op dit moment best verdedigbare balans tussen het belang van langer bewaren enerzijds en de uitgangspunten van privacybescherming en zeggenschap anderzijds". De Gezondheidsraad bepleit een langere bewaartermijn voor de zorg aan de patiënt. De raad kan zich voorstellen dat aansluiting wordt gezocht bij de termijn van dertig jaar die wordt genoemd in Europese en Nederlandse regelgeving inzake kwaliteits- en veiligheidsnormen voor lichaamsmateriaal. De wet voorziet in de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur voor daarbij aangewezen gegevens een bewaartermijn vast te stellen, bijvoorbeeld met het oog op onderzoek of verwanten.

¹⁴ Stb. 2006, 29.

¹⁵ Gezondheidsraad, Bewaartermijn patiëntengegevens, 1 april 2004.

Het moment waarop de termijn van 30 jaar begint te lopen, is in het wetsvoorstel 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 die datum bij het consult vast, en met de moderne communicatiemiddelen is het verstrijken van die 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.

Ook geven wij de cliënt 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. 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 30 jaar te verlengen. Dat zal met name kunnen voorkomen bij erfelijke ziekten of ziekten waarbij bepaalde verschijnselen zich pas na lange tijd openbaren. De zorgaanbieder doet er goed aan bij dat soort ziekten de cliënt op de mogelijkheid van een eventuele verlenging te wijzen.

Er kunnen vormen van zorg en medische gegevens zijn waarvoor op voorhand de termijn van 30 jaar niet passend is. Artikel 23a, tweede lid, voorziet er daarom in dat bij algemene maatregel van bestuur een vaste bewaartermijn kan worden vastgesteld.

pm afstemmen op bewaartermijn krachtens Wet EPD

Artikel 23a 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.

Het vernietigingsrecht is, zo blijkt uit het vierde lid, niet absoluut. In de eerste plaats behoeft de zorgaanbieder een verzoek omtrent vernietiging niet te honoreren indien het verzoek betrekking heeft op gegevens waarvan redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring 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. Een cliënt kan naar de geschilleninstantie of de rechter stappen indien een verzoek omtrent vernietiging niet wordt gehonoreerd. Dit geldt ook voor een derde die, tegen de wens van de cliënt in, niet wil dat een verzoek omtrent 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 23a geeft enige, van het voorafgaande afwijkende, voorschriften 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. Ook is een specifieke inzagebepaling nodig voor die gevallen waarin de cliënt op grond van de uitslag van het onderzoek bijvoorbeeld kan besluiten alsnog van een aanvankelijk nagestreefde aanstelling af te zien.

Artikel 24

Incidenten zijn onbedoelde gebeurtenissen tijdens de zorgverlening, die tot merkbare gevolgen voor de cliënt hebben geleid, hadden kunnen leiden, 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 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, dat daarom de bescherming van artikel 11 behoeft.

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 25

De tekst 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 17, 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 achterwege te laten.

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.

Artikel 26

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 kunnen worden. Dit wetsvoorstel bepaalt echter dat onder bepaalde omstandigheden 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 nader uitgekristalliseerd. Aanvaard is dat belangen van anderen en van de samenleving kunnen nopen tot doorbreking van het beroepsgeheim. Nabestaanden die voldoende belang hebben bij inzage, moeten in die gevallen die delen van het dossier in afschrift kunnen ontvangen die betrekking hebben op dit belang. Artikel 26 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. Ook indien niet sprake is van schriftelijke toestemming kan een recht op inzage bestaan: nabestaanden dienen dan aannemelijk te maken dat de cliënt toestemming zou hebben verleend. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden afgeleid uit het bestaan van een innige familieband. Indien nabestaanden dit niet aannemelijk kunnen maken, dan hebben zij geen recht op inzage.

Een derde grond voor inzage door nabestaanden is het bestaan van een voldoende belang; vergelijk artikel 3:303 BW. 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 zou bieden om de gewenste opheldering te bieden¹⁶. Naast materiële redenen kunnen immateriële redenen er toe leiden dat nabestaanden een recht op inzage hebben; daarbij kan worden gedacht aan het geval dat inzage in gegevens noodzakelijk is voor erfelijkheidonderzoek. De enkele omstandigheid dat inzage van het dossier noodzakelijk is voor de rouwverwerking is – hoe zwaarwegend ook vanuit menselijk perspectief – onvoldoende.

¹⁶ Hoge Raad NJ 2001, 600

Indien het belang van nabestaanden erkend wordt, vormt dit tegelijkertijd de grens van het inzage-recht in het dossier van de overleden patiënt: dossiergegevens die niet in relatie staan tot het erkende belang vallen buiten het recht van de nabestaanden op inzage.

Menen nabestaanden dat de zorgaanbieder hun verzoek om informatie ten onrechte afwijst, dan kunnen zij gebruik maken van de klachtenregeling van de zorgaanbieders en zich daarna, zo nodig, wenden tot de geschilleninstantie.

Artikel 27
verplaatst naar artikel 23

Paragraaf 3. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Artikel 28

De tekst is overgenomen van art. 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 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 23, 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 58 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 28 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.

Overigens laat de geheimhoudingsplicht onverlet dat de zorgaanbieder op verzoek informatie over de zorg geeft aan naaste verwanten van de cliënt die nauw bij de zorgverlening zijn betrokken; als een vrouw telefonisch bij een verpleeghuis informeert naar de situatie van haar man, zal de zorgaanbieder zich niet kunnen verschuilen achter het ontbreken van toestemming.

Ingevolge het tweede lid kan de zorgaanbieder wel zonder toestemming van de cliënt gegevens uit het dossier doorgeven aan een zorgaanbieder naar wie hij de cliënt verwijst; zie artikel 14. De zorgaanbieder heeft ook geen toestemming nodig van de cliënt als hij inlichtingen verstrekt aan personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorgverlening, bijvoorbeeld verpleegkundigen, doktersassistenten, tandartsassistenten, 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. De omvang van die gegevens moet zijn afgestemd op hetgeen die andere zorgaanbieder moet weten om de cliënt (verder) te kunnen behandelen.

Voor de overdracht van het dossier voor andere doeleinden, zoals wetenschappelijk onderzoek, heeft de zorgverlener altijd toestemming van de cliënt nodig.

Artikel 29

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 29 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 inzake bescherming van persoonsgegevens, het woord "zwaarwegend" ingevoegd.

Artikel 30

De tekst is overgenomen van artikel 7:459 BW. 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. In opleidingsziekenhuizen en academische ziekenhuizen is het niet ongebruikelijk dat geneeskundigen in opleiding bij een verrichting aanwezig zijn; in die ziekenhuizen wordt vaak (naar onze mening ten onrechte) de omgekeerde regel gebruikt: stagiaires en studenten zijn aanwezig tenzij een patiënt kenbaar maakt daarmee niet in te stemmen. Uit de evaluatie van de WGBO volgt dat het recht op privacy maar ten dele wordt nageleefd¹⁷. 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.

Ook de verstrekking van geneesmiddelen in de apotheek is zorgverlening. Wij zijn van mening dat, wanneer de cliënt de apotheek betreedt op een moment dat daar meer personen in afwachting van hun geneesmiddelen staan te wachten, daaruit mag worden afgeleid dat hij instemt met het feit dat die anderen aanwezig zijn bij zijn ontvangen van zorg.

Hoofdstuk 4 Effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenregeling

Dit hoofdstuk geeft een uitwerking van het recht van de cliënt op een zorgvuldige en oplossingsgerichte regeling betreffende de opvang en afhandeling van klachten en de beslechting van geschillen. De beide aspecten van dit recht van de cliënt zijn in die zin bijzonder dat, indien de zorgaanbieder zijn wettelijke verplichting tot het treffen van een regeling als hier bedoeld, mocht verzaken, de cliënt zijn recht op een klachtenregeling niet via het indienen van een klacht kan afdwingen onderscheidenlijk zijn recht op een geschillenregeling niet via het voorleggen van een geschil aan een ge-

¹⁷ Evaluatie WGBO blz. 412.

schilleninstantie kan afdwingen. Indien de zorgaanbieder niet zou voldoen aan de verplichting om een klachtenregeling te treffen, maar wel is aangesloten bij een geschilleninstantie, kan de cliënt rechtstreeks bij de geschilleninstantie aan de bel trekken. Mocht de zorgaanbieder ook niet zijn aangesloten bij een geschilleninstantie, dan kan de cliënt zo'n aansluiting slechts afdwingen middels een procedure bij de burgerlijke rechter dan wel door de IGZ te bewegen een aanwijzing te geven en zonedig bestuursdwang toe te passen.

Het onderhavige hoofdstuk komt in de plaats van de in te trekken WKCZ.

Artikel 31

Tweede 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. 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 vermijding 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 derde lid, onder a, stelt ten aanzien van dat aspect nadere eisen.

Het tweede lid bepaalt dat de klachtenregeling ook betrekking moet hebben op klachten van nabestaanden van een overleden cliënt. Het is immers zeer wel denkbaar dat bij nabestaanden onvrede bestaat over de wijze waarop de zorg aan hun naaste is verleend. 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 uit het tweede lid en artikel 5 van het wetsvoorstel blijkt, is het niet altijd 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 ter zake, wordt degene die het gezag over hem uitoefent, aangeduid als de cliënt en is hij dus degene die als klager kan 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 ter zake. Tevens komt het klachtrecht, als ware hij cliënt, toe aan degene die door een meerderjarige cliënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake en die geen mentor of curator heeft, tevoren schriftelijk door de cliënt is gemachtigd namens hem op te treden. Tenslotte komen andere naasten van de cliënt die de zorg ontvangt, in aanmerking voor de aanduiding cliënt en dus voor de uitoefening van het klachtrecht.

Volledigheidshalve voorziet onderdeel c van het tweede lid van artikel 31 erin dat ook degene die ten onrechte niet als cliënt in de zin van de vorige alinea wordt aangemerkt door de zorgaanbieder, het klachtrecht toekomt.

Omdat wij uitgaan van het recht van de cliënt op goede zorg, zoals uitgewerkt in andere bepalingen van dit wetsvoorstel, gaat eigenlijk elke klacht over de wijze waarop met de rechten van de cliënt is omgegaan. Om echter volstrekt buiten discussie te stellen dat de cliënt niet alleen moet kunnen klagen over schending van een expliciet beschreven recht, maar ook over de kwaliteit van de zorg en de bejegening bij de zorgverlening, zijn deze twee elementen expliciet in de tekst van het tweede lid van dit artikel opgenomen.

Derde lid

De zorgaanbieder heeft een grote mate van vrijheid bij de inrichting van zijn klachten- en geschillenregeling. Hij moet als ter zake kundige bij uitstek in staat zijn 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 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.

De zorgaanbieder krijgt in de aanhef van het derde lid de opdracht zijn klachtenregeling in te richten 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.

In onderdeel a 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 andere klachtprocedures 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.

In onderdeel b is onder meer 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.

Ook onderdeel c 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. Een dergelijke verplichting voorkomt dat de er onvrede ontstaat bij de klager over de wijze waarop met de klacht wordt omgegaan.

Onderdeel d strekt ertoe 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 e 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. Indien die termijn door de zorgaanbieder, al dan niet op goede gronden, wordt overschreden, staat voor de cliënt de weg naar de geschilleninstantie open.

Onderdeel f 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.

Vierde 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. Dat kan met name aangewezen zijn indien het gaat om bijvoorbeeld 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. Ook staat het uitsluiten van toepasselijkheid van de klachtenregeling voor vergoeding van geleden schade niet in de weg aan het desalniettemin toekennen van een vergoeding van aan de klager ter goedmaking van ondervonden leed of materiële schade ingeval de zorgaanbieder tot de conclusie komt dat de klager terecht heeft geklaagd.

Vijfde lid

De te treffen klachtenregeling zal moeten worden vastgesteld na overleg en in overeenstemming met een representatief te achten vertegenwoordiging van cliënten worden vastgesteld. Als er een cliëntenraad is, heeft deze raad instemmingsrecht op grond van artikel 39, tweede lid, onder f. 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 geschilleninstantie te vorderen dat de zorgaanbieder verplicht wordt alsnog een regeling vast te stellen waarmee wel kan worden ingestemd.

Zesde 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. 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 49a jaarlijks verslag moet doen van de wijze waarop hij de klachten van zijn cliënten afhandelt.

Artikel 32

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. Er kan van een onafhankelijke instantie worden gesproken indien de bij de instantie aangesloten zorgaanbieders geen bijzondere persoonlijke of zakelijke betrekkingen hebben met de personen die de instantie vormen.

In de aanhef van het eerste lid van dit artikel is bepaald wie zijn geschil met de zorgaanbieder over de naleving door hem van de onderhavige wet kan voorleggen aan de geschilleninstantie. Dat zijn in de eerste plaats de categorieën van personen, bedoeld in artikel 31, tweede lid, die door de wet als cliënt worden aangeduid.

Een cliënt heeft in beginsel geen rechtstreekse toegang tot een geschilleninstantie. Het eerste lid van het onderhavige artikel voorziet evenwel in een aantal uitzonderingen op dit beginsel. Een cliënt

kan zich rechtstreeks wenden tot de geschilleninstantie indien hij schade heeft geleden als gevolg van handelen van de zorgaanbieder. 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 zogenoemde 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.

Voorts kan de cliënt zich rechtstreeks wenden tot de geschilleninstantie indien behandeling van zijn klacht jegens de zorgaanbieder niet gewaarborgd was wegens het ontbreken van een klachtenregeling die voldoet aan artikel 31, derde lid.

Indien de zorgaanbieder wel een klachtenregeling heeft vastgesteld, maar niet binnen de in artikel 31, derde lid, onder e, gestelde termijn van zes weken een oordeel heeft gegeven over de klacht van de cliënt, dan wel indien de cliënt niet tevreden is over de wijze waarop zijn klacht is afgehandeld, kan hij zijn grief daarover voorleggen aan de geschilleninstantie. Gelet op dit laatste, ontstaat er een soort hoger beroep bij de geschilleninstantie voor gevallen waarin de zorgaanbieder de klacht van de cliënt naar diens oordeel niet tijdig heeft afgehandeld.

Tweede lid

Op grond van het tweede lid van artikel 32 kan een rechtspersoon als een stichting of een vereniging met volledige rechtsbevoegdheid een geschil aan de geschilleninstantie voorleggen, mits daarbij een belang in het geding is dat de desbetreffende rechtspersoon volgens zijn 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.

Argument voor de invoering van een algemene regeling voor de collectieve actie was 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 kunnen worden benut wanneer de zorgaanbieder die een instelling in stand houdt, geen cliëntenraad kent of geen regeling inzake klachtenbehandeling heeft vastgesteld. Een uitspraak van de geschilleninstantie kan slechts de belangenorganisatie en de zorgaanbieder binden.

Derde lid

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 a van dit lid 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.

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. Dat is de reden waarom de geschilleninstantie schadeclaims rechtstreeks in behandeling kan nemen.

Onderdeel b van het onderhavige derde lid bepaalt dat de geschilleninstantie bevoegd is tot het bindend opleggen van schadevergoeding tot een bedrag van ten hoogste € 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 datum zal, gelet op artikel 77a, het maximumbedrag ten 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 voorlegt dan wel aan de burgerlijke rechter, blijft aan hem ter beoordeling.

De geschilleninstantie moet haar uitspraken (in geanonimiseerde vorm) periodiek openbaar maken. Toegevoegd is de eis dat de IGZ een afschrift van een uitspraak ontvangt, zodat zij aan de hand daarvan kan beoordelen of zich ontwikkelingen voordoen die haar aandacht vragen. De IGZ kan met de geschilleninstantie afspreken in welke vorm de uitspraken worden aangeleverd.

Met betrekking tot onderdeel d van het derde lid wordt het volgende opgemerkt: Zoals in de toelichting bij artikel 11 is aangegeven, heeft de geschilleninstantie toegang tot de overigens niet-openbare gegevens in het kwaliteitssysteem van zorgaanbieders. Zij kan van die bevoegdheid slechts gebruik maken indien zij gegronde redenen heeft om aan te nemen dat de klacht die aan het geschil over de toepassing van artikel 24 ten grondslag ligt, gegrond is. Zoals ook bij artikel 11 is gezegd, doet de geschilleninstantie er verstandig aan zeer terughoudend van haar bevoegdheid gebruik te maken om de bereidheid van zorgverleners om "veilig te melden" niet te frustreren; een afnemende bereidheid zou ten koste gaan van het nuttige leereffect van het systeem.

Vierde lid

Zoals met betrekking tot de vaststelling van de klachtenregeling is bepaald, wordt ook met betrekking tot de vaststelling van de geschillenregeling bepaald dat de aanwijzing van de geschilleninstantie door de zorgaanbieder de instemming behoeft van de cliëntenraad dan wel van een representatief te achten organisatie van cliënten. Indien de aangewezen geschilleninstantie is georganiseerd en werkt volgens regels, opgesteld in goede samenwerking tussen organisaties van zorgaanbieders en organisaties van cliënten, mag worden aangenomen dat de zorgaanbieder met zijn aanwijzing op instemming kan rekenen.

Doordat voor de aanwijzing de instemming van de cliënten is vereist, is de onafhankelijkheid van de geschilleninstantie gewaarborgd.

Vijfde lid

Uiteraard moet ook de regeling van de geschilleninstantie door de zorgaanbieder op passende wijze onder de aandacht van de cliënten worden gebracht.

Hoofdstuk 5. Medezeggenschap, goed bestuur en verslaglegging

Paragraaf 1. Medezeggenschap

Artikel 33

Een van de afdwingbare rechten van de cliënt is het recht op inspraak en medezeggenschap in het beleid van zorgaanbieders die een instelling in stand houden voor het verlenen van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, dan wel andere zorg voor zover die gepaard gaat met verblijf van de cliënten gedurende een of meer etmalen in een accommodatie. De artikelen 33 - 41 dienen ter vervanging van de WMCZ.

Artikel 34 geschrapt

Artikel 35

Als het gaat om een vorm van AWBZ-zorg, maar ook als er sprake is van intramurale zorg, zoals die waarop aanspraak bestaat ingevolge een zorgverzekering, rechtvaardigt de grotere afhankelijkheid van de cliënten van de zorgaanbieder en de instelling dat er meer waarborgen zijn voor een goede inrichting van de medezeggenschap dan bij zorgvormen voor het ontvangen waarvan betrokkene niet in een accommodatie wordt opgenomen of waarbij de contacten met de instelling meer incidenteel van aard zijn. In die gevallen moet de zorgaanbieder een cliëntenraad instellen. Deze cliëntenraad heeft dan tot taak de gemeenschappelijke belangen van de cliënten bij de zorgaanbieder te behartigen.

In het tweede 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 eerste lid bedoelde raad voor de hele instelling, cliëntenraden in te stellen voor te onderscheiden onderdelen van de instelling. Daaraan kan gedacht worden wanneer de instelling bijvoorbeeld werkzaam is op meerdere locaties of wanneer er te onderscheiden groepen van cliënten zijn met mogelijk niet geheel gelijklopende belangen.

De zorgaanbieder moet een regeling vaststellen, waarin hij aangeeft hoe de raden worden samengesteld etc. Ook moet hij alles doen wat nodig is om de raden te installeren. Ondanks de waarborg die de totstandkomingsprocedure (artikel 35, zesde lid) vormt 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 vierde 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.

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.

In het zevende lid van artikel 35 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.

De naleving van het recht op een goede medezeggenschapsregeling is door de cliënt (of diens belangenorganisatie) zonnodig, met toepassing van de wettelijk voorgeschreven klachten- en geschillenregeling dan wel door tussenkomst van de rechter, af te dwingen.

Het afdwingen van naleving van dit wettelijke recht door de individuele cliënt omvat niet alleen het treffen van een regeling van medezeggenschap als zodanig, maar ook de eis dat die regeling moet voldoen aan de wettelijke voorschriften en dat de zorgaanbieder moet zijn aangesloten bij een commissie van vertrouwenslieden. Dit afdwingen kan cliënt zonder meer doen als er geen cliëntenraad is. Als er wel een cliëntenraad is, ligt het voor de hand dat de cliënt eerst met die raad overlegt. De afdwingbaarheid door de individuele cliënt heeft geen betrekking op de wijze waarop aan een eenmaal vastgestelde regeling inzake medezeggenschap toepassing wordt gegeven. De cliëntenraad kan op grond van artikel 41 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 36

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.

Een cliëntenraad oefent een bij of krachtens de wet toegekende taak uit. Uit dien hoofde zijn de leden ingevolge artikel 2:5 Awb verplicht tot geheimhouding van hetgeen hen onder ogen komt en waarvan zij het vertrouwelijke karakter kennen of redelijkerwijs moeten vermoeden.

Artikel 37

verplaatst naar art. 40

Artikel 38

De zorgaanbieder moet de cliëntenraad steeds tijdig de kans geven te adviseren over alles wat voor cliënten van belang is. Er is afgezien van een concrete opsomming van onderwerpen waarover de raad moet kunnen adviseren. Volstaan is met een algemene formulering. Ook kan de raad op eigen initiatief adviseren.

Als waarborg voor goede besluitvorming is 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 motiveren.

De formulering van artikel 38 omvat naar de letter niet alleen besluiten van de zorgaanbieder, maar ook besluiten van anderen waaraan de zorgaanbieder mogelijk 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 echter 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 ook in dergelijke situaties toch ook het belang van de cliënten, via de zorgaanbieder, in de besluitvorming wordt betrokken.

Artikel 39

Een aantal besluiten is voor cliënten van zo groot belang dat daarbij een grotere betekenis moet worden toegekend aan adviezen van de cliëntenraden; in beginsel kan de zorgaanbieder bij besluiten over de onderwerpen waarvoor dat geldt, niet van een gegeven advies afwijken. Het gaat dan om besluiten, regelingen en beleid 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 leefsfeer van de cliënten, zoals het algemene beleid met betrekking tot de toelating van cliënten tot de zorgverlening en de beëindiging daarvan, de procedure die wordt gevolgd bij het opstellen van zorgplannen en het beleid ter zake van kwaliteit, veiligheid en hygiëne; verder geldt dit voor voedingsaangelegenheden van algemene aard, geestelijke verzorging van en de maatschappelijke bijstand aan cliënten, alsmede recreatiemogelijkheden of ontspanningsactiviteiten; uiteraard moet juist ook bij de vaststelling of wijziging van een regeling als bedoeld in de artikelen 31 (klachtenbehandeling) en 35 (medezeggenschap) een zwaarder gewicht worden toegekend aan het advies van de cliëntenraad. Van wat andere aard, maar vaak even belangrijk voor de zorgverlening zijn het opstellen van een profielschets voor de benoeming van de personen die belast zullen worden met de hoogste leiding van de arbeid in de instelling, en een huisvestingsplan voor de lange termijn; ook een ingrijpende verbouwing van een

accommodatie of vervanging daarvan door nieuwbouw, opheffing van een accommodatie of een verhuizing van cliënten naar een andere accommodatie kan van grote invloed zijn op de zorgverlening. Een laatste categorie van gevallen waarin het advies van de raad een groter gewicht toekomt, betreft zaken als wijziging van de doelstelling of de grondslag van de zorgaanbieder of een fusie met een andere zorgaanbieder dan wel het verbreken van een duurzame samenwerking met een andere zorgaanbieder. Met het oog op zijn concurrentiepositie is het in het belang van de zorgaanbieder dat hij op 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.

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 ligt uiteraard in de rede dat de zorgaanbieder bij het vragen van dit 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 41.

Artikel 40

Goede medezeggenschap is wezenlijk voor het realiseren van cliëntgerichte zorg. Dat kost uiteraard geld. Met artikel 37 is expliciet vastgelegd dat de kosten van de medezeggenschap voor rekening van de zorgaanbieder komen. Dat kan uiteraard geen blanco cheque zijn. Daarom is voorzien in een procedure die het initiatief voor het bepalen van het benodigde bedrag bij de cliëntenraaden legt. Zij presenteren hun werkplan en hun begroting aan de zorgaanbieder. Deze stelt op basis daarvan het beschikbare bedrag vast. De gekozen formulering brengt tot uitdrukking dat daarbij geen sprake is van een ongeclausuleerde ruimte voor de zorgaanbieder om opgevoerde kostenposten af te wijzen. Opgevoerde posten mogen slechts worden afgewezen voor zover de zorgaanbieder zich met goede gronden op het standpunt kan stellen kan onderbouwen dat deze kosten in redelijkheid niet noodzakelijk zijn. Bij geschillen over de hoogte van het beschikbaar gestelde bedrag kan de cliëntenraad zich voor een beslissing wenden tot de commissie van vertrouwenslieden. Indien later blijkt dat extra uitgaven nodig zijn, moet de cliëntenraad daarvoor op vergelijkbare wijze aan de zorgaanbieder verzoeken om extra middelen.

Artikel 41

Voorgeschreven is dat de zorgaanbieder moet zijn aangesloten bij een commissie van vertrouwenslieden die kan bemiddelen en een bindende uitspraak kan doen. Bij deze commissie kan de cliëntenraad terecht als de zorgaanbieder de artikelen 35 - 40 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.

Ook de zorgaanbieder kan bij de commissie terecht, 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 aantoont 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 41, eerste lid, onder b, 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.

Paragraaf 2. Goed bestuur

Artikelen 42 tot en met 45
pm

Artikel 46
verplaatst naar 49a

Hoofdstuk 6. Overheidswaarborgen

Paragraaf 1. Beschikbaarheid van zorg

Artikel 47

De beleidsregels op grond van de WTZi (Scrt. 2008, 79) bevatten een paragraaf, getiteld "Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg (acute somatische en acute gecombineerde somatische/psychiatrische zorg)". Deze beleidsregels, die te allen tijde van kracht zijn voor toegelaten instellingen, schrijven voor dat ter zake 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 47 draagt de minister op, per gebied (regio) een zorgaanbieder, doorgaans een traumacentrum, aan te wijzen die passende afspraken maakt met andere zorgaanbieders en andere daarvoor in aanmerking komende veldpartijen, zoals verzekeraars, over het waarborgen van spoedeisende zorg. Over de verlening van geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg in crisissituaties maken de betrokken zorgaanbieders in ieder geval afspraken met de zorgkantoren.

Wat onder spoedeisende zorg wordt verstaan, leent zich door de nogal eens veranderende aanduiding niet voor omschrijving bij wet. Bij amvb op grond van het tweede lid kan de inhoud van het begrip worden aangegeven, en krachtens die amvb kan 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 45 minuten norm om een SEH-afdeling van een basisziekenhuis 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.

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten dienen deel te nemen aan 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 verplicht openhouden van de SEH-afdeling op het niveau van een basisziekenhuis op een bepaalde locatie.

De minister kan de eis van het tot stand komen van goede afspraken kracht bijzetten door zorgaanbieders die in de naleving van artikel 47 onder de maat presteren, op grond van artikel 51 een aanwijzing te geven.

Artikel 48
pm

Artikel 49

Nu met het intrekken van de WTZI de toelating is vervallen, zou niet goed na te gaan zijn welke zorgaanbieders in Nederland werkzaam zijn. Om zowel cliënten als toezichthouders toch een sluitend overzicht te bieden, stellen wij voor een register in te stellen 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, zijn verplicht zich te laten registreren, ongeacht de wijze van financiering. 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. Bij de inrichting en de vulling van het register zal worden onderzocht of en, zo ja, in hoeverre gebruik kan worden gemaakt van reeds bestaande registraties zoals het handelsregister van de Kamer van Koophandel, zodat zorgaanbieders, indien nodig, slechts een aanvulling daarop behoeven te verstrekken. In het register zal een koppeling worden gemaakt met het BIG-register, opdat een cliënt kan zien of de BIG-geregistreerde beoefenaar bevoegd is bepaalde handelingen te verrichten. Ook zal er een koppeling zijn met data uit de jaarverslagen Maatschappelijke Verantwoording en de openbare gegevens over de kwaliteit van de zorg die de instel-

ling op grond van artikel 38 WMG levert. Doublures in registraties worden zoveel mogelijk voorkomen, om extra administratieve last voor de zorgaanbieder te vermijden.

Artikel 49a

Met dit artikel wordt de jaarlijks verplichte indiening van een aantal verslagen en andere stukken, thans verspreid over verschillende wetten, samengevoegd en uitgebreid. In artikel 49a 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 49c, onderdeel d, legt de minister de plicht op jaarlijks 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 hier om de zorgaanbieders die AWBZ-zorg leveren alsmede de instellingen voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen, ZBC's). Dat jaardocument is niet beperkt tot de gegevens die op grond van de WTZi moeten worden ingediend; het bevat ook paragrafen over de kwaliteit, de klachtenbehandeling en de medezeggenschap. Met het indienen van dat jaardocument voldoen de betrokken zorgaanbieders dan ook aan hun verplichtingen op grond van de daarop betrekking hebbende wetten. De overige zorgaanbieders zullen dus per wet (voor zover op hen van toepassing) een afzonderlijk jaarverslag moeten indienen.

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 zorginstellingen; 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.

Het tweede verslag dat aan alle zorgaanbieders wordt gevraagd, is het verslag inzake de klachtenbehandeling, dat thans ingevolge de WKCZ moet worden ingediend. De omschrijving van de inhoud zal door de minister op grond van artikel 49c 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 AWBZ zorg verlenen of andere zorg, mits die gepaard gaat met verblijf, een verslag ter zake 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 49c 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.

Het vierde onderwerp betreft de thans door zorginstellingen op grond van de artikelen 15 en 16 van de WTZi in te dienen stukken, 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 beschikbaarheid van de zorg (zie de artikelen 47 en 48 pm) 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. Ook de bedrijfsvoering, governance en inkomens van bestuurders komen in de jaarstukken aan de orde.

Het vijfde onderwerp is "goed bestuur". pm

Paragraaf 2. Nadere regelgeving

Artikel 49b

In dit artikel brengen wij de bepalingen die de minister de plicht opleggen om nadere regels te stellen inzake het registreren of verstrekken door zorgaanbieders van gegevens bijeen. Wij hebben daarvoor de volgende reden.

Zorgaanbieders moeten voor verschillende doeleinden gegevens registreren en op basis daarvan informatie verstrekken. Wij vinden het van groot belang dat de zorgaanbieders daarbij een zodanig beeld van zichzelf geven dat de ontvanger van de informatie (cliënt, IGZ, minister, etc) de verschillende zorgaanbieders met elkaar kan vergelijken. Met het oog daarop is het nodig dat het vastleggen van de gegevens zoveel mogelijk gestandaardiseerd plaats vindt. Enige jaren geleden heeft de IGZ, in opdracht van de minister, het project "zichtbare zorg" opgericht. Het doel van dat project is, in samenwerking met de veldpartijen, te komen tot een zo groot mogelijke transparantie van de zorg, met name op het punt van de kwaliteit. Artikel 49b sluit hierop aan door de minister te verplichten tot het nader aangeven van de wijze waarop de verschillende gegevensverzamelingen en -verstrekkingen moeten zijn ingericht. Hij zal zich hierbij baseren op de uitkomsten van het project.

Vaststelling van de regels inzake keuze-informatie geschiedt na overleg met de NZa, gezien haar bevoegdheid tot toezicht op de openbaarmaking van marktinformatie door zorgaanbieders op grond van artikel 38 WMG.

Vanzelfsprekend zal de minister eventuele wijzigingen op een zodanig tijdstip in het najaar bekend maken dat zorgaanbieders daarmee in het daarop volgende jaar rekening kunnen houden.

Hoofdstuk 7. Handhaving

Artikel 50

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 diens belangenorganisatie) het voldoen aan die rechten zonodig afdwingen; voor handhaving van zijn rechten staat voor hem de weg naar de interne klachtenafhandeling, 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 in algemene zin. Het toezicht kan gericht zijn op de naleving door de zorgaanbieder van uitdrukkelijk aan hem opgelegde verplichtingen, maar ook op de naleving van bepalingen die weliswaar geformuleerd zijn als een recht voor de cliënt jegens de zorgaanbieder, maar 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. Ook het res-

pecteren van die rechten behoort tot “goede zorg”; op de naleving van die norm ziet de IGZ toe. Het zesde lid van artikel 50 geeft de IGZ uitdrukkelijk de bevoegdheid overtredingen van incidenteel karakter buiten behandeling te laten. In een handhavingsplan geeft de IGZ aan hoe zij haar toezicht uitvoert en wanneer sprake is van een overtreding waarop handhaving volgt.

Het tweede lid van artikel 50 sluit aan bij hetgeen uit de toelichting op artikel 6 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.

Deze wet ziet op gedragingen waarop behalve de IGZ ook andere instanties, ieder vanuit zijn 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. De IGZ zal met die instanties afspraken maken over de wijze waarop met de overlappingen in het toezicht wordt omgegaan.

Artikelen 51, 52 en 53

In deze artikelen is het handhavingsinstrumentarium ondergebracht. Hierbij merken wij als inleiding het volgende op. 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 onder meer de indicatoren betrokken die zijn vastgesteld in het kader van de Wet OM-afdoening¹⁸, en de Kabinetsnota over de uitgangspunten bij de keuze van een sanctiestelsel¹⁹. Dat onderzoek heeft geresulteerd in de begin 2009 in werking getreden Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (Stb. 2009, ...). Onder de betrokken wetten waren er enkele die zijn opgegaan 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. 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 ter zake 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.

Daarnaast stellen wij voor om het buiten noodzaak toebrengen van schade of kans op schade aan de gezondheid (artikel 96 Wet BIG) te bestempelen als misdrijf; zie artikel 57, onder D.

Artikel 51 verwijst naar een aantal bepalingen waarin wij volstaan met een globale norm en de daadwerkelijke invulling daarvan overlaten aan de zorgaanbieder. Handhaving van die bepalingen is niet mogelijk zonder een zekere concretisering van de norm. Artikel 51 geeft de minister dan ook de bevoegdheid tot het geven van die concretisering, 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 “ideale toestand” aan te geven, waar de zorgaanbieder naar zou moeten streven. In spoedeisende

¹⁸ Kamerstukken II 2005/06, 29 849, nr. 30

¹⁹ Kamerstukken I 2008/09, 31 700 VI, D

omstandigheden kan de toezichthouder een bevel geven. Volgt de zorgaanbieder de aanwijzing of het bevel niet op, dan kan de minister op grond van artikel 53 bestuursdwang toepassen en aldus (doen) uitvoeren wat hij 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 95 van die wet, er ernstige bezwaren tegen hem zijn gerezen en het belang van de volkgezondheid dat dringend vordert.

Artikel 52 heeft het oog op (de overtreding van) bepalingen zonder of met geringe normatieve lading; 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. Artikel 52 maakt het mogelijk een bestuurlijke boete op te leggen aan de zorgaanbieder die zo'n bepaling heeft overtreden.

Artikel 53 maakt, zoals gezegd, bestuursdwang mogelijk wanneer een aanwijzing niet wordt opgevolgd. Daarnaast is bestuursdwang mogelijk bij het niet naleven van de eisen inzake goed bestuur.

Artikel 54
pm

Hoofdstuk 8. Wijzigingen in en intrekking van andere wetten

Artikelen 55 tot en met 77

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, kunnen de daarop betrekking hebbende afzonderlijke wetten of onderdelen daarvan vervallen. Het wetgevingsgebied wordt daardoor een stuk overzichtelijker.

Artikel 56

Wij stellen voor alleen die zorgaanbieders onder de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg te laten vallen, die thans onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen. Aanbieders van alternatieve behandelwijzen behoren daar niet toe.

Artikel 57

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 57. De overige onderdelen bevatten redactionele aanpassingen, behoudens onderdeel D, waarbij wij het volgende opmerken.

Artikel 96, eerste lid, van de Wet BIG stelt strafbaar het - buiten noodzaak - veroorzaken van schade of een aanmerkelijke kans daarop aan de gezondheid van een ander. Het strafbare feit van het eerste lid is gekwalificeerd als een overtreding. De straf die op overtreding staat is een hechte- nis van maximaal drie maanden of geldboete van de 2^e categorie (ten hoogste € 3.700,-).

Het eerder genoemde wetsvoorstel tot uitbreiding van de bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving voorziet in de invoering van de bestuurlijke boete in onder andere - artikel 96. De bestuurlijke boete is bedoeld voor die gevallen waarin de mogelijkheid ontbreekt om op een snelle

en adequate wijze op te treden. 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. Juist voor de gevallen waarin sprake is van daadwerkelijke gezondheidsschade, is de strafrechtelijke handhaving aangewezen. Het huidige strafmaximum vinden wij echter niet in overeenstemming met deze ernstiger schendingen van artikel 96. 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 schuld²⁰

Bij al deze delicten gaat het om hogere gevangenisstraffen²¹. De overtreding kent ook een kortere verjaringstermijn, namelijk 3 jaar, van het recht tot vervolging, dan het misdrijf, waarbij de verjaringstermijn 6 respectievelijk 12 jaar bedraagt. Tot slot geldt dat overtredingen voor een alleen-sprekend rechter worden gebracht, terwijl misdrijven kunnen worden berecht door de strafkamer van de rechtbank in meervoudige samenstelling. Dit sluit beter aan bij de ernst van de zaken waar het hier om gaat. Ook zal vergelijkbare bestraffing met vergelijkbare delicten uit het Wetboek van Strafrecht leiden tot betere beeldvorming bij het publiek. De gelijktijdige verhoging van de strafmaat die wij voorstellen, sluit aan bij de strekking van het amendement van het CDA-lid Jan de Vries, ingediend bij de behandeling van de meergenoemde Wet tot uitbreiding van de bestuurlijke handhavingsinstrumenten in de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid²².

Artikel 58

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 42 - 45 (eisen goed bestuur). Waar in andere wetten wordt verwezen naar de toelating ingevolge de WTZi, vervangen wij die door een verwijzing naar de registratie op grond van artikel 49 van dit wetsvoorstel.

Artikel 59 pm

Artikel 60 overgangsrecht toelating? pm

Artikelen 61 tot en met 69

De wijzigingen in deze wetten houden alle verband met het intrekken van de Wet toelating zorginstellingen.

Artikelen 70 - 73

²⁰ Artikelen 255 e.v., 300 e.v., 307 & 308 Wetboek van Strafrecht.

²¹ De laagste straf is één jaar gevangenisstraf, de hoogste negen jaar; geldboeten van de 4^e of 5^e categorie (maximaal € 18.500,- respectievelijk € 74.000,-). De maximumstraffen voor de meeste van deze delicten zijn in 2006 verhoogd.

²² Kamerstukken II 2007/08, 31 122, nr. 12.

Met het toekennen in deze wet aan de cliënt van het recht op een zorgvuldige en oplossingsgerichte klachten- en geschillenregeling 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, 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 71 en 72). 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 74

Onderdeel A

Deze wijziging houdt verband met het intrekken van de WTZi.

Onderdeel B

pm

Onderdeel C

De wijziging van artikel 17 houdt verband met het intrekken van de WTZi.

Onderdeel D

pm

Onderdeel E

pm

Onderdeel F

Aan het eerste lid van artikel 38 WMG is geen behoefte meer, nu wij in artikel 16 van dit wetsvoorstel op de zorgaanbieder de plicht leggen, cliënten voldoende keuze-informatie te geven, waartoe informatie behoort omtrent het tarief. Ook het zevende lid kan geschrapt, nu de minister in artikel 49b de plicht krijgt opgelegd om jaarlijks de informatie die de zorgaanbieder op grond van artikel 16 moet verstrekken, nader te omschrijven.

Onderdeel G

pm

Onderdeel H

Deze wijziging houdt verband met het intrekken van de WTZi.

Onderdeel I

pm

Artikel 75

pm

Artikel 76/76a

pm

Artikel 77

Onderdeel A

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, zijn een aantal bepalingen van het wetsvoorstel aan artikelen van Boek 7 van het BW ontleend en verbreed van geneeskundige behandelingen tot alle relaties waarin zorg wordt verleend. Dit leidt ertoe dat de desbetreffende bepalingen van het BW kunnen vervallen. Daarnaast blijft het zo dat geneeskundige behandeling, voor zover op basis van een overeenkomst verricht, een overeenkomst van opdracht betekent. Hetzelfde geldt voor alle andere zorg als bedoeld in dit wetsvoorstel. Op de verlening van zorg, voor zover op basis van een overeenkomst, zijn dus, behalve deze wet, ook afdeling 7.7.1 BW en niet minder ook de meer algemeen vermogensrechtelijke bepalingen van het BW van toepassing. Voorts blijven gelden, uiteraard voor zover het geneeskundige behandeling betreft, de bepalingen van afdeling 7.7.5 BW die ingevolge het wetsvoorstel niet zullen vervallen. De bepalingen van dit wetsvoorstel zullen evenwel niet onverkort op contractueel of buitencontractueel verleende geneeskundige behandelingen van toepassing kunnen zijn. Vandaar het nieuwe vijfde lid van artikel 7:446 BW.

Onderdelen B en C

Deze artikelen zijn overgebracht naar dit wetsvoorstel; zie de transponeringstabel in de bijlage bij deze toelichting.

De Wet cliëntenrechten zorg legt alle verplichtingen uit die wet op de zorgaanbieder en regelt dat de rechten van de cliënt bestaan jegens de zorgaanbieder. Daarmee voorziet die wet in een centrale aansprakelijkheid van een zorgaanbieder die een instelling in stand houdt. Daarmee bestaat geen behoefte meer aan een bepaling inzake centrale aansprakelijkheid in het BW. Met onderhavige wet is aldus tevens de werkingssfeer van de "centrale aansprakelijkheid", die in het BW was beperkt tot ziekenhuizen, uitgebreid tot andere instellingen, zoals verpleeghuizen, gehandicapteninrichtingen en thuiszorginstellingen. De 'centrale' aansprakelijkheid in de nieuwe wet houdt in dat de zorgaanbieder die een zorginstelling in stand houdt, aansprakelijk is ter zake van tekortkomingen bij het verlenen van zorg.

Hoofdstuk 9. Slotbepalingen

Artikel 77a

In afwijking van artikel 32, derde lid, onder b, 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 en zorgaanbieders en verzekeraars zich moeten kunnen voorbereiden op een verdere verhoging.

Artikel 78

Wij streven ernaar dit wetsvoorstel in hoofdzaak op 1 januari 2011 in werking te laten treden. De registratieverplichting zal enkele maanden later van kracht worden om de zorgaanbieders een aanmeldingstermijn te gunnen.

Artikel 79

Wij bevelen aan bij het aanhalen van deze wet de afkorting "WCZ" te gebruiken.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker

de Minister van Justitie,

dr. E.M.H. Hirsch Ballin

CONCEPT