

De rechtspositie van patiënten wordt verbeterd....?

2012



*Een analyse van het 'recht op goede zorg' krachtens het
wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg...*

Korhan Kamber 332606

Bachelor scriptie: Beleid & Management Gezondheidszorg |

Studiejaar: 2011-2012

Begeleider: Prof. dr. mr. M.A.J.M. Buijsen

Meelezer: dr. K. Grit

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Lijst van afkortingen	6
Nederlandse Samenvatting	7
Engelse Samenvatting	8
Hoofdstuk 1: Introductie	9
1.1. Inleiding	
1.2. Theoretisch Kader	
<i>§ 1.2.1. Huidige situatie</i>	
<i>§ 1.2.2. Aanleiding voor een nieuwe wet</i>	
<i>§ 1.2.3. Het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg</i>	
<i>§ 1.2.4. Adviezen en reacties op de WCZ</i>	
<i>§ 1.2.5. Het ‘recht op goede zorg’</i>	
1.3. Onderzoek	
1.4. Onderzoeksopzet	
1.5. Opbouw	
Hoofdstuk 2: Verantwoorde zorg & goed hulpverlenerschap	19
2.1. Inleiding	
2.2. Verantwoorde zorg	
<i>§ 2.2.1. De Kwaliteitswet Zorginstellingen</i>	
<i>§ 2.2.2. De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg</i>	
<i>§ 2.2.3. Tekortkomingen van het aspect ‘verantwoorde zorg’</i>	
2.3. Goed hulpverlenerschap	
2.4. Het fundamentele mensenrecht: ‘recht op zorg’	
2.5. Conclusie	

Hoofdstuk 3: Naar een nieuwe zorgconsumentenwet? **30**

3.1. Inleiding

3.2. Een nieuwe zorgconsumentenwet: *standpunten, voorstellen en conclusies*

§ 3.2.1. De NPCF en de IGZ

§ 3.2.2. De RVZ

3.3. De Wet Cliëntenrechten zorg

§ 3.3.1. Achtergrond van de WCZ

§ 3.3.2. Stand van zaken: de Kamerbehandeling

3.4. Conclusie

Hoofdstuk 4: Het recht op goede zorg conform de WCZ **39**

4.1. Inleiding

4.2. Een individueel afdwingbaar recht

4.3. Het recht op goede zorg: *artikelsgewijs*

§ 4.3.1. Artikel 5 WCZ

§ 4.3.2. Artikel 6 WCZ

§ 4.3.3. Artikel 7 WCZ

§ 4.3.4. Artikel 8 WCZ

§ 4.3.5. Artikel 9 WCZ

§ 4.3.6. Artikel 10 WCZ

§ 4.3.7. Artikel 11 WCZ

§ 4.3.8. Artikel 12 WCZ

4.4. Conclusie

Hoofdstuk 5: Gevolgen van de invoering van het 'recht op goede zorg' **49**

5.1. Inleiding

5.2. Wat gaat er veranderen in de huidige wetgeving?

§ 5.2.1. De reikwijdte van de cliëntenrechten neemt toe

- § 5.2.2. De elementen van goede zorg worden uitgebreid*
- § 5.2.3. Een verplichting voor de cliënt*
- § 5.2.4. Afstemming wordt verplicht*
- § 5.2.5. De bevoegdheid om bij of krachtens AMvB nadere regels te stellen*
- § 5.2.6. Twee nieuwe rechten voor de cliënt*
- § 5.2.7. Systematische kwaliteitsbewaking voor kwaliteitsverbetering*
- § 5.2.8. Kwaliteitssystemen moeten worden benut voor kwaliteitsverbetering*
- § 5.2.9. Op een veilige manier incidenten melden*
- § 5.2.10. Zorgaanbieder verantwoordelijk voor goede zorg*

5.3. Conclusie

Hoofdstuk 6: De WCZ lost de problemen op? 56

6.1. Inleiding

6.2. De knelpunten vs. hoofdstuk 2 van het wetsvoorstel

6.3. Is het recht op goede zorg conform de WCZ gewenst?

§ 6.3.1. De bevindingen van de KNMG

§ 6.3.2. De bevindingen van de BoZ

§ 6.3.3. De bevindingen van de cliëntenorganisaties

6.4. Conclusie

Hoofdstuk 7: Conclusie 65

7.1. Inleiding

7.2. Resumptie

7.3. Beantwoording van de hoofdvraag

Literatuurlijst 75

Bijlage: Het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg 78

Voorwoord

In 2009 is een wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg ingediend om belangrijke herzieningen in de gezondheidszorg te realiseren. De wetgever wilt daarmee een ingrijpende verandering gaan bewerkstelligen. Verschillende (onderdelen van) wetten zullen vervangen worden. Deze scriptie richt zich in het kader van deze mogelijke verandering op de urgentie en wenselijkheid van het invoeren van het 'recht op goede zorg' conform de WCZ.

Ik heb deze scriptie geschreven in het kader van de Bachelor *Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management Gezondheidszorg*, de opleiding die ik aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam gevolgd heb. Deze scriptie is hoofdzakelijk gebaseerd op literatuuronderzoek, waarbij het centrale doel het maken van een vergelijking tussen de huidige wetgeving met de nieuwe wet is.

Graag wil ik van de mogelijkheid gebruikmaken om enkele mensen te bedanken. Om te beginnen mijn scriptiebegeleider, Martin Buijsen, voor zijn advies, sturing en bereidheid om mij te begeleiden. Het was heel fijn om altijd snel reactie van hem te ontvangen. Verder wil ik mijn ouders, broertje, vriendin, vrienden en collega's heel erg bedanken voor hun speciale steun in de tijden dat ik moeite had met het schrijven van dit onderzoek...

Lijst van afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BoZ	Brancheorganisaties Zorg
BW	Burgerlijk Wetboek
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
ESH	Europees Sociaal Handvest
GW	Grondwet
HR	Hoge Raad
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVESCR	Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KZI	Kwaliteitswet Zorginstellingen
MvA	Memorie van Antwoord
MvT	Memorie van Toelichting
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
OM	Openbaar Ministerie
RvS	Raad van State
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
UVRM	Universele Verklaring van de Rechten van de Mensen
VIM	Veilig Incident Melden
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCZ	Wet Cliëntenrechten Zorg
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Wet BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZVW	Zorgverzekeringswet

Nederlandse Samenvatting

In dit onderzoek staat de analyse van het 'recht op goede zorg', zoals dat is neergelegd in het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg, centraal. Het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg heeft de doelstelling om een rechte lijn te trekken binnen de cliëntenrechten. Door de verschillende cliëntenrechten op te nemen in één wettelijke regeling en ze te formuleren als individueel afdwingbare rechten van de cliënt, wil de wetgever meer duidelijkheid verschaffen in de patiëntenwetgeving en de rechtspositie van de cliënt versterken. De vraag die zich in dit verband oproept is in hoeverre het recht op goede zorg, zoals geregeld in de WCZ, een verbetering is ten opzichte van het recht op goede zorg zoals neergelegd in de huidige wet- en regelgeving.

Het recht op goede zorg conform de WCZ bevat enerzijds bepalingen waarvan het goed is om die te regelen in wetgeving, maar anderzijds ook bepalingen die tekort schieten en voorbijgaan aan hun doelstelling. Het is goed dat de WCZ de reikwijdte van het recht op goede zorg uitbreidt en doet gelden in alle zorgrelaties, in de gehele keten van zorg. Andere positieve gevolgen die het recht op goede zorg met zich meebrengt, zijn het feit dat o.a. de elementen van goede zorg worden uitgebreid, dat het recht op goede zorg een resultaatsverplichting wordt, dat het afstemmen van de zorg verplicht wordt, dat cliënten het recht krijgen op geestelijke verzorging, dat kwaliteitssystemen verplicht gebruikt moeten worden voor het realiseren van kwaliteitsverbetering en dat het melden van incidenten en het handelen met deze gegevens wettelijk beschermt wordt. Echter, kunnen deze voordelen ook in de huidige wetgeving behaald worden. Hiervoor is het maken en invoeren van een nieuwe, alomvattende wetgeving niet vereist. Het is de vraag of het invoeren van een integrale wet efficiënt is. Indien er geen duidelijke bewijzen zijn gevonden over de voordelen van een integrale wet, is het invoeren daarvan namelijk minder efficiënt.

Een geheel nieuwe wet leidt tot het verlies van kennis en ervaring in de huidige regels. Cliënten hebben veelal de tijd nodig om wetten te begrijpen en hun rechten te 'leren'. Bovendien verschaft het recht op goede zorg conform de WCZ niet meer duidelijkheid dan in de huidige situatie. Meerdere begrippen blijven naast elkaar bestaan. Een herformulering van het recht op goede zorg zal niet bijdragen aan meer toegankelijkheid van patiëntenrechten, noch aan de versterking van de rechtspositie van de zorgconsument. De oplossing voor de problemen in de huidige praktijk, wordt door verschillende adviesorganen eerder gezien als het nemen van maatregelen gericht op het verbeteren van de mogelijkheden om feitelijk gebruik te maken van de bestaande cliëntenrechten.

Engelse Samenvatting

In this research is the analysis of the 'right for healthcare', as laid down in the bill law Clients Rights Care, central. The bill has the objective of client rights, make to draw a straight line within the clients rights. Rights by the different clients to include in a single legal regime and to formulate them as individually enforceable rights of the client, the legislator wants to provide more clarity in the patient legislation and strengthen the legal position of the client. The question in this context is by what extent the right for good healthcare, as regulated in the WCZ¹, is an improvement compared to the right to good healthcare as embodied in current law en regulations.

The right for good healthcare according to the WCZ, contains on one side decisions which are good to settle in legislation, but it also contains decisions which are not sufficient and ignore their goal. It is good that the WCZ, expands the scope of the right for good healthcare and that this supplies in the whole chain of healthcare. Some other positive consequences that the right for good healthcare brings along, are the fact that the elements of good healthcare are becoming extended, the right for good healthcare is becoming an obligation, adapting healthcare is becoming compulsory, clients get the right for mental healthcare, quality systems required to be used for realizing quality improvement and that reporting of incidents and act with this data is legally protected. However, these benefits can also be achieved in the current legislation. This means that creating and importing a new comprehensive legislation is not required. The question is whether the introduction of a comprehensive law is efficient. If there is no clear evidence found about the advantages of an integral law, the adoption thereof is namely less efficient.

A whole new law leads to the loss of knowledge and experience in the current rules. Clients often need the time to understand laws and learn about their rights. Furthermore, the right for good healthcare provides in accordance with the WCZ not more clarity than in the current situation. Multiple concepts continue to co-exist. A reformulation of the right for good healthcare will not contribute to more accessibility of the rights of patients, nor to the strengthening of the legal position of the healthcare consumer. The solution to the problems in current practice, is being seen by various advisory bodies as taking measures aimed at improving the capabilities to actually make use of the existing clients rights.

¹ "Wet Cliëntenrechten Zorg" (WCZ) is in the Netherlands a bill which consists of a few patient rights combined in one law.

Hoofdstuk 1: *Introductie*

1.1. Inleiding

Alle inwoners van Nederland hebben recht op zorg. Dit is vastgelegd in meerdere nationale (o.a. AWBZ, ZVW, GW) en internationale (o.a. Europees Sociaal Handvest, Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten) wet- en regelgeving.²

Inwoners moeten verplicht een basisverzekering afsluiten³ en hier maandelijks een nominale premie voor betalen.⁴ Om selectie op basis van gezondheidsrisico's te voorkomen heeft de wetgever besloten om een acceptatieplicht bij de verzekeraars neer te leggen.⁵ Zo probeert de wetgever iedere Nederlandse burger te voorzien en te garanderen van zorgvoorzieningen. Hiermee tracht de overheid te voldoen aan zijn plicht van het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.⁶ Vanwege het sociaal grondrechtelijke karakter van dit artikel, kan de patiënt dit artikel niet afdwingen bij de rechter en dus niet eisen om vordering.

Om te kunnen voldoen aan dit grondrecht en de Nederlandse bevolking ook in de toekomst te kunnen voorzien van gezondheidszorg, zijn er in de afgelopen jaren enkele veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg gerealiseerd. Men heeft er bijvoorbeeld voor gekozen om steeds méér gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg door te voeren om zo de oplopende kosten van de gezondheidszorg (enigszins) te beperken. De wetgever heeft hier juridische invulling aan gegeven met wetswijzigingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw), de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Hiermee is een vraaggestuurd zorgstelsel in gang gezet.⁷ Nu enkele jaren verder de nieuwe structuur van het zorgstelsel aardig is geïmplementeerd, heeft de regering zijn twijfels of de cliënt zijn rol als partij in dit krachtenveld wel voldoende kan uitoefenen. Kan de cliënt de zorg krijgen die hij wenst? Kan de cliënt óók in de nieuwe situatie invloed uitoefenen op de kwaliteit van de zorg?

Op grond van deze aanleidingen heeft de vorige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dr. Ab Klink, in 2008 het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie' opgesteld. Hierbij gaat het om de volgende rechten:

- Het recht op beschikbare en bereikbare zorg
- Het recht op keuze en keuze-informatie

² VWS 2010, p. 1

³ Art. 2 lid 1 Zvw

⁴ Art. 16 lid 1 Zvw

⁵ Art. 3 Zvw

⁶ Art. 22 lid 1 GW

⁷ Adviezen 2010

- Het recht op kwaliteit en veiligheid
- Het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
- Het recht op afstemming tussen zorgverleners
- Het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling
- Het recht op medezeggenschap en goed bestuur

Het doel van dit programma is het verder versterken van de invloeden van cliënten in de zorg. Daarmee willen ze ervoor zorgen dat de cliënt goede zorg krijgt, die past bij zijn of haar behoefte, en dat de cliënt zijn of haar weg kan vinden in de vele mogelijkheden die de zorg biedt. De minister is ervan overtuigd dat goede zorg begint met een goede relatie tussen de cliënt en zijn zorgverlener, en wil daarin investeren. Aan de hand van het programma, die voorzien is van beleidsvoorstellen, wordt aangegeven wat de cliënt mag verwachten in de relatie met zijn zorgverlener en hoe hij daarbij ondersteund wordt. Deze voorstellen zijn gericht op het ondersteunen van de initiatieven in de praktijk, het versterken van cliëntenorganisaties en het voorbereiden van wetgeving om de noodzakelijke veranderingen in de rechtspositie van cliënten te realiseren.⁸

Nu we enkele jaren verder zijn met dit programma, kan worden opgemerkt dat er een wetsvoorstel, met de hierboven genoemde doelstelling, is ingediend. Het gaat om de Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ). De concrete doelstelling van de WCZ is dat het de positie van de cliënt in de zorg wil versterken en verduidelijken, dit door een aantal afdwingbare rechten van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder te formuleren.⁹

1.2. Theoretisch Kader

§ 1.2.1. Huidige situatie

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet heeft de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) aangedrongen op de invoering van een basiswet die de cliëntenrechten vanuit hun perspectief garandeert. De NPCF wil een Zorgconsumentenwet, die samenhang brengt tussen bestaande wetten en de hiaten opvult die zijn ontstaan door de nieuwe verhoudingen binnen de zorg. Hierbij was de vraag om de wetgeving in de vorm van herkenbare cliëntenrechten te gieten.

Deze ontwikkeling heeft geleid tot verschillende onderzoeken en publicaties over de rechten van cliënten en de tekortkomingen en knelpunten daarin. De belangrijkste knelpunten, in het kader van het recht op goede zorg, zijn in de huidige praktijk als volgt:

⁸ Klink 2008, p. 1 – 13.

⁹ VWS 2012

- *Versnipperde regeling van cliëntenrechten*

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) concludeert dat de cliëntenrechten ontoegankelijk zijn. De cliëntenrechten zijn versnipperd geregeld. Veel aspecten van de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder zijn te vinden in een veelheid aan wetten. Bovendien is de Raad ervan overtuigd dat de bestaande cliëntenrechten binnen de huidige wet- en regelgeving moeilijk herkenbaar zijn, omdat de cliëntenrechten vaak in de vorm van plichten van de zorgaanbieder zijn geregeld. Ze zijn daar vaak een afgeleide van.

- *Ontbreken van een recht op verantwoorde zorg*

Dit begrip wordt in de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kzi) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) gehanteerd. Deze wetten geven de cliënt indirect recht op verantwoorde zorg, omdat het recht op verantwoorde zorg kan worden afgeleid uit de op de zorgaanbieder rustende verplichtingen. Hierbij is de afdwingbaarheid van dit indirecte recht, onduidelijk. Hierbij kan worden getwijfeld aan de huidige constructie.

- *Onduidelijkheid over de norm 'verantwoorde zorg'*

De RVZ concludeert dat de mogelijkheden voor de cliënt om kennis te nemen van de normen voor verantwoorde zorg, ontbreken. Cliënten kunnen met de voor hen beschikbaar staande middelen moeilijk beoordelen of ze verantwoorde zorg krijgen.

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

Er is in de huidige situatie onduidelijkheid over hoe de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder juridisch te duiden zijn, waarin niet het geneeskundig behandelen van cliënten op de voorgrond staat. Volgens de RVZ is het niet duidelijk in welke gevallen de cliënt rechten kan ontlenen aan de WGBO.¹⁰

§ 1.2.2. Aanleiding voor een nieuwe wet

Het is noodzakelijk dat de cliënt beschikt over een duidelijke en stevige rechtspositie. Het kabinet wil er daarom voor zorgen dat alle cliënten voorzien zijn van goede, veilige, tijdig beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg. Tevens is het belangrijk dat de cliënt over middelen beschikt om, voor de naleving daarvan, effectief op te treden.

Om onder andere de centrale rol van de cliënt en zijn keuzemogelijkheden in de zorg te vergroten, zijn de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet. De invoering van de Zorgverzekeringswet, heeft het verzekeringsstelsel doen wijzigen. De totstandkoming van de

¹⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 7-10

Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) hebben stappen gezet op weg naar een stelsel waarin meer ruimte is voor zorgaanbieders om cliëntgericht te ondernemen.

Het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg is de derde stap in de vernieuwing van het zorgstelsel. De veranderingen in het zorgstelsel zullen, volgens de wetgever, leiden tot verlening van betere zorg die is afgestemd op de behoefte van de cliënt. Dit indien centrale overheidssturing, waar mogelijk en verantwoord, plaats maakt voor een meer decentraal georganiseerd stelsel. In het nieuwe zorgstelsel staan de eigen verantwoordelijkheid en maximale keuzevrijheid, centraal. Tegelijkertijd dienen er voor alle partijen binnen het zorgstelsel voldoende bevoegdheden, instrumenten, stimulansen en harde waarborgen te zijn, zodat aan die ruimte en verantwoordelijkheid op een passende wijze invulling kan worden gegeven. Voor de cliënten wil de wetgever dit door middel van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg realiseren.

Dit wetsvoorstel geeft zorgaanbieders meer ruimte om zorg van een goede kwaliteit te leveren (gemeten naar uitkomsten) en zich daarmee te onderscheiden. Door de kwaliteit met de daarvoor in rekening te brengen prijs te combineren, moet ruimte ontstaan voor (zichtbare) verbetering van de zorg. Om goede kwaliteit te kunnen waarborgen, moet er sprake zijn van een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Daarbij moeten de samenhang en de coördinatie worden vergroot. Al deze stappen moeten uiteindelijk leiden tot meer transparantie. Transparantie over de kwaliteit en veiligheid is voor cliënten en zorgverzekeraars van wezenlijk belang om vorm te geven aan hun keuzes. Verder zal de transparantie bijdragen aan inzicht (en daarmee) beheersing van de zorgkosten. Binnen deze context wordt met het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg hier een vervolgstap in gezet. Door de individuele en collectieve cliëntenrechten bijeen te brengen en de cliënt te voorzien van effectieve middelen voor de handhaving van zijn rechten en verantwoordelijkheden, wil men de rechtspositie van de cliënt versterken. Door alles op te nemen in één brede wettelijke regeling, waarin de rechten en plichten van beide partijen zo goed mogelijk op elkaar zijn afgestemd, wil de wetgever bijdragen aan meer toegankelijk- en inzichtelijkheid in de regelgeving. Hiermee kan o.a. ook een betere handhaving door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden gerealiseerd.

Deze nieuwe, wettelijke regeling zorgt ervoor dat cliënten het **recht op goede zorg** krijgen. Dit niet alleen bij de individuele geneeskundige behandeling, maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders in de gehele keten van zorg. Hiermee wil de wetgever een einde maken aan de onduidelijkheid over de reikwijdte van deze rechten in situaties waar de nadruk ligt op verpleging en verzorging.

Verder wil dit wetsvoorstel het maken van keuzes voor de cliënt gemakkelijker maken. De doelstelling van dit wetsvoorstel is dat cliënten gemakkelijker kunnen kiezen voor de zorgaanbieder die bij hem en zijn zorgvraag past en dat de cliënt goede zorg krijgt die is afgestemd op zijn behoeften. Dit wetsvoorstel vormt naast zijn praktische betekenis voor de onderlinge verhouding tussen de zorgaanbieder en de cliënt, ook een symbolische markering van de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg (paradigmashift). Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten een actieve, cliëntgerichte houding nemen. Verder is de doelstelling van het voorstel dat cliënten ‘bewust’ en ‘behoorlijk’ gebruik gaan maken van hun rechten.¹¹

§ 1.2.3. *Het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg*

De Wet Cliëntenrechten Zorg wil de toegankelijk- en inzichtelijkheid in de rechten en verplichtingen van zorgaanbieders en cliënten in één nieuwe, integrale wet regelen. In deze wet zal de afstemming van rechten en verplichtingen vanuit het perspectief van de cliënt worden verwoord. De cliëntenrechten zullen ook als feitelijke rechten worden geformuleerd. Hiermee beoogt de wetgever een toename in de herkenbaarheid van cliëntenrechten.¹² Echter, is het de vraag of het invoeren van een integrale wet wel efficiënt is. Indien er geen duidelijke bewijzen zijn gevonden over de voordelen van een integrale wet is het invoeren daarvan namelijk minder efficiënt. Het nadeel is immers dat stakeholders binnen een korte tijd, weer nieuwe eigen regels moeten maken. Zorgorganisaties zitten daar niet op te wachten, vooral niet in deze dynamische periode van marktwerking, fusies, kredietcrisis, EPD, etc. Een nieuwe wet is misschien politiek gewenst, maar het hebben van ervaring in de huidige regels en het begrijpen van de wet door de hulpverleners is voor de patiënt belangrijker. Een investering in de bewustwording en kennis van zorgverleners, is pas echte winst voor de cliënt.¹³

Bovendien leidt een geheel nieuwe wet tot het verlies van kennis en ervaring in de huidige regels. Burgers hebben veelal de tijd nodig om wetten te begrijpen en hun rechten te ‘leren’. Vaak geeft de jurisprudentie meer invulling aan de toepassing van de artikelen in de praktijk, bij de invoering van een nieuw wet ontbreekt dit. Het ontstaan van duidelijkheid en bewustwording zal een aardige periode in beslag nemen. Zal het de moeite waard zijn?

§ 1.2.4. *Adviezen en reacties op de WCZ*

In december 2009 heeft de Raad van State zijn advies uitgebracht over het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg. De Raad is op basis van rapporten van de Inspectie Gezondheidszorg

¹¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 2-4

¹² Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 10-12

¹³ Doppegieter 2009, p. 892-893

en van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, van mening dat patiënten in het algemeen gezien voldoende formele mogelijkheden hebben om hun rechten te realiseren. Wel vinden ze het belangrijk dat er maatregelen moeten worden genomen, gericht op het verbeteren van het feitelijk gebruik maken van bestaande cliëntenrechten. Binnen de zorginstellingen is er behoefte aan maatregelen op het gebied van betere informatie, communicatie en organisatie van de zorg. Het wetsvoorstel sluit hier niet goed bij aan, daarom is de Raad van oordeel dat de noodzaak van dit voorstel niet dragend is geformuleerd en adviseert het voorstel nader te bezien. Ook vindt de Raad een zo ingrijpende wetswijziging als wordt voorgesteld niet nodig, en adviseert beperkte aanpassingen in de huidige wetgeving. Bovendien blijven er nog steeds diverse cliëntenrechten uit diverse wetten bestaan, in dat opzicht is de 'winst' van dit wetsvoorstel tamelijk, concluderen ze.¹⁴

Kortom, vindt de Raad van State de WCZ geen goed wetsvoorstel. Het sluit niet aan op de huidige knelpunten. Ondanks dit advies is de regering er nog steeds van overtuigd dat het niet mogelijk is om met maatregelen te volstaan aan het feitelijk gebruik van bestaande rechten, maar ook wetgeving noodzakelijk is ter versterking van de positie van de cliënt in de zorg.¹⁵

Overigens heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de landelijke artsenfederatie, zijn opmerkingen gedaan over de Wet Cliëntenrechten Zorg. De KNMG vindt het belangrijk dat de rechtspositie van cliënten wordt verstevigd en verduidelijkt, maar is van mening dat dit maar beperkt kan worden behaald met de WCZ. Het voorstel zorgt volgens de artsenfederatie voor een vermenging van individuele en collectieve patiëntenrechten en haalt privaats-, bestuurs- en strafrecht door elkaar. Bovendien is het onduidelijk hoe dit voorstel zich gaat verhouden tot andere wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg. Dit vindt de KNMG 'verbazingwekkend', vooral omdat het doel het verduidelijken en versterken van de rechtspositie is. De KNMG merkt ook op dat dit wetsvoorstel geen oplossing zal bieden voor de knelpunten van ketenzorg en de positie van alternatieve behandelaars. Tevens wordt de professionele autonomie van de hulpverlener met dit voorstel onder druk gezet. De KNMG ziet, in vergelijking tot de WGBO en andere wetten, geen meerwaarde in de voorgestelde regeling. Ook zijn zij van mening dat verbetering beter gerealiseerd kan worden met aanpassing van bestaande wetgeving.¹⁶

¹⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 2-3

¹⁵ Adviezen 2010

¹⁶ KNMG 2011-I, p. 1

§ 1.2.5. Het 'recht op goede zorg'

Het wetsvoorstel geeft cliënten o.a. het recht op goede zorg. Volgens de wetgever benadrukt deze norm het belang van het leveren van goede zorg en versterkt daarmee de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder. Het recht op goede zorg wordt in het tweede hoofdstuk van de WCZ, artikel 5 t/m 12, uitgewerkt. In concreto verstaat de wet het volgende onder het begrip 'goede zorg':

“Zorg van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en waarbij de zorgverleners, met gebruikmaking van de geschikte hulpzaken, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard.”¹⁷

'Goede zorg' wordt hiermee een afdwingbaar recht voor de cliënt. De noodzaak van dit recht zit hem in het feit dat de wetgever vindt dat cliënten mee moeten kunnen praten over de inrichting en uitvoering van de verleende zorg. Dat is nodig omdat in het Nederlandse zorgstelsel de cliënt centraal staat. In het wetsvoorstel stelt de wetgever de zorgaanbieders verantwoordelijk voor het leveren van 'goede zorg'. Indien het voorstel wordt aangenomen wordt dit een wettelijke plicht van de zorgaanbieders.¹⁸

1.3. Onderzoek

In deze scriptie zal onderzocht worden of het samenvoegen van meerdere cliëntenrechten tot één wet inderdaad leidt tot een sterkere rechtspositie van de cliënt. Hierbij zal de nadruk liggen op het tweede hoofdstuk van de WCZ 'het recht op goede zorg'. De beoordeling van dit hoofdstuk zal gebaseerd zijn op een vergelijking van de inhoud van de artikelen uit hoofdstuk 2 van de WCZ, met de artikelen die daar beïnvloedt door worden uit de huidige wetgeving. Hierbij wordt er getracht uitspraak te doen over de gevolgen van het recht op goede zorg. De hoofdvraag luidt daarom als volgt:

'Is het recht op goede zorg, zoals geregeld in de WCZ, een verbetering ten opzichte van het recht op goede zorg zoals neergelegd in de huidige wet- en regelgeving?'

Om een zo volledig mogelijk antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zal zij worden ondersteund met de volgende deelvragen:

¹⁷ Art 5 lid 1 Wcz.

¹⁸ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 3-6

1. Wat is goede zorg?
2. Hoe wordt het recht op goede zorg in de huidige wet- en regelgeving geregeld en wat zijn de tekortkomingen van dit systeem?
3. Welke gevolgen heeft de invoering van de WCZ voor de huidige wet- en regelgeving van het recht op goede zorg?
4. Voorziet de WCZ in een adequate oplossing voor de tekortkomingen van de huidige wet- en regelgeving ten aanzien van het recht op goede zorg?
5. Welke problemen brengt de invoering van de WCZ mogelijk met zich mee op het gebied van goede zorg en hoe kunnen deze worden opgelost?

Gedurende de analyse zal er antwoord gezocht worden op de hoofdvraag met behulp van de deelvragen. Deze scriptie heeft daarbij de doelstelling om kennis te verwerven van het wetsvoorstel WCZ, waarbij het streven het leveren van een bijdrage aan de bestaande theorie is. Door de mogelijke effecten van dit voorstel te analyseren zal er getracht worden een antwoord te geven op de vraag of het wetsvoorstel daadwerkelijk zal leiden tot versterking van de cliëntenrechten.

Het resultaat van dit onderzoek heeft een grote maatschappelijke betekenis. Duizenden Nederlanders maken dagelijks gebruik van het Nederlandse zorgstelsel. Het is belangrijk om cliënten te beschermen met wet- en regelgeving, omdat zij zich in de relatie met de hulpverlener in een onderdanige positie bevinden. Bovendien wordt er een stevige inbreuk gemaakt op de privacy en het leven. Dat kan alleen op een veilige manier plaatsvinden als de patiënt zijn hulpverlener kan vertrouwen en bij eventuele nalatigheden, dit voor de rechter kan trekken. Cliënten moeten deze rechtszekerheid hebben. De WCZ zegt hieraan bij te dragen, maar de Raad van State en de KNMG vinden dat niet. De KNMG beweert zelfs dat de professionele autonomie van artsen onder druk komt te staan en dit ten koste kan gaan van de zorgrelatie. Wie heeft er nu gelijk?

1.4. Onderzoeksopzet

Om een alomvattend antwoord te kunnen geven op de deelvragen en daarmee uiteindelijk op de probleemstelling, zal in deze scriptie literatuuronderzoek gedaan worden naar verschillende (juridische) bronnen. De bronnen zijn in dit onderzoek opgesplitst in verschillende categorieën, dit omdat elke categorie tot verschillende type documenten en informatie leidt. Aan de hand van dit onderscheid kan een breder, uit meerdere perspectieven bestaand, antwoord gegeven worden op de vragen. De categorieën zien er als volgt uit:

1 Overheid

- Wetteksten WCZ, WGBO, BIG en KZi.
- De Kamerstukken (MvT, MvA, etc.) over deze wetten.
- Uitspraken van het parlement en het politiek bestuur.
- Ministerie van VWS
- Raad van State

2 Veld

- Patiëntenorganisaties (NPCF)
- KNMG
- Zorgaanbieders
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

3 Wetenschap

- Juridische adviseurs
- Onderzoekers (bestuurskundigen, juristen en artsen).
- ZonMw

1.5. Opbouw

De opbouw van dit onderzoek is als volgt:

Allereerst zal in hoofdstuk twee de uitwerking van het 'recht op goede zorg' in de huidige wetgeving worden besproken en daarmee antwoord worden gegeven op deelvraag twee. Hierbij zullen de wettelijke bepalingen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap' centraal staan. Aangezien het 'recht op goede zorg' een oplossing wil bieden aan de knelpunten uit de huidige praktijk, komen óók zij aan de orde in de paragrafen 2.2.3 en 2.3. Aan het eind van het tweede hoofdstuk wordt ingegaan op de internationale grondslag van dit recht en op het feit dat het 'recht op goede zorg' voortvloeit uit het fundamentele mensenrecht op zorg.

In hoofdstuk drie worden de rapporten van de NPCF, IGZ en de RVZ besproken. Deze rapporten gaan over de gedachtegang van een integrale zorgconsumentenwet, waarvoor de NPCF heeft aangedrongen bij de invoering van de nieuwe Zvw. Achtereenvolgens komen de standpunten, voorstellen en conclusies van deze partijen aan de orde. Deze bespreking vindt

plaats vanwege het feit dat de WCZ voortvloeit uit de inzichten van een zorgconsumentenwet. Vervolgens wordt vanuit dat globale voorstel, overgegaan op het concrete wetsvoorstel. Daarbij wordt de achtergrond van de WCZ en de Kamerbehandeling ervan, besproken.

Hoofdstuk vier heeft de uitwerking van het recht op goede zorg conform de WCZ als onderwerp en als doel het beantwoorden van deelvraag één. Hierbij is de aandacht gevestigd op de (juridische) kenmerken van dit recht en de concrete inhoud van de artikelen. De centrale vragen die in dat hoofdstuk aan de orde komen zijn de 'individuele afdwingbaarheid' en de 'concrete betekenis van de wetsartikelen'.

In het vijfde hoofdstuk komen de veranderingen die de invoering van het 'recht op goede zorg' met zich meebrengt en daarmee het antwoord op deelvraag drie, aan de orde. Hierbij wordt per artikel besproken wat de gevolgen van de uitvoering zal zijn.

Het antwoord op de vraag of de problemen in de huidige wetgeving worden opgelost met de invoering van de WCZ (deelvraag vier), is te vinden in het zesde hoofdstuk. In dit hoofdstuk worden de knelpunten die eerder in hoofdstuk twee aan de orde zijn gekomen, naast elkaar gezet met de (doelstellingen van de) artikelen uit hoofdstuk 2 van het wetsvoorstel, zodat kan worden geanalyseerd of de knelpunten worden opgelost. Vervolgens wordt stilgestaan bij de vraag of het recht op goede zorg conform de WCZ gewenst is. Deze vraag wordt beantwoord vanuit de bevindingen van de KNMG, de BoZ en de cliëntenorganisaties (o.a. NPCF). Het antwoord op deelvraag vijf, komt in dit hoofdstuk in de vorm van een aanbeveling aan de orde.

In het laatste hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag, waarmee de resultaten ook worden samengevat.

Hoofdstuk 2: Verantwoorde zorg & Goed hulpverlenerschap

2.1. Inleiding

Het recht op goede zorg komt in de huidige nationale wetgeving in verschillende wetten naar voren. De definitie van het begrip 'goede zorg' is een samenvoeging van 'verantwoorde zorg' uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) en de Wet BIG, en 'goed hulpverlenerschap' uit de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).¹⁹ De Kwaliteitswet geldt alleen voor de vormen van zorg indien ze worden verleend door een instelling. De solistisch werkende beroepsbeoefenaren vallen erbuiten.²⁰ Zij vallen onder de Wet BIG. Deze wetten vullen elkaar aan op het gebied van het recht op verantwoorde zorg. De WGBO legt daarentegen de plicht aan de hulpverlener om de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen.²¹

Om een goede vergelijking te kunnen maken tussen de huidige wettelijke regelingen en het 'recht op goede zorg' uit de WCZ, zullen in dit hoofdstuk de plichten van het leveren van 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap' helder uiteengezet worden. Hierbij zal de aard, inhoud en omvang worden besproken. Deze bespreking is ook belangrijk omdat het recht op goede zorg krachtens de WCZ, deze bepalingen (artikelen) gedeeltelijk gaat vervangen.

Overigens heeft het recht op goede zorg een internationale basis. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt kort stilgestaan bij de internationale verdragen, waarin het recht op zorg is opgenomen.

2.2. Verantwoorde zorg

Middels art. 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI) en art. 40 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) is de zorgaanbieder verplicht om verantwoorde zorg aan te bieden. In deze paragraaf zal hier nader op worden ingegaan.

§ 2.2.1. De Kwaliteitswet Zorginstellingen

Deze wet maakt deel uit van een complex aantal maatregelen die gericht zijn op de handhaving en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het is niet gericht op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar, daarvoor geldt de Wet BIG. De kwaliteitswet is bedoeld voor de zorgverlening in organisatorisch verband (instellingen).

De kwaliteitswet past in het kader van een nieuwe opvatting van de overheid. Nadat is gebleken dat de centrale sturing door de overheid niet werkte, is er voor gekozen om de

¹⁹ Kamerstukken 2009/10, 32402, nr. 3, p. 38.

²⁰ Hermans & Buijsen 2010, p. 182

²¹ Art. 7:453 BW

verhouding tussen de overheid en het veld te veranderen. “Meer verantwoordelijkheid voor het veld, waarbij de overheid toezicht houdt en handhaaft”. In de wetgeving worden hiervoor globale normen aangegeven. Deze opvatting past bij een algemener nationale en Europese wetgevingstendens. Vanuit deze gedachte heeft de overheid er op gehamerd om geen gedetailleerde regels te willen opleggen.²²

De Kwaliteitswet Zorginstellingen is in 1996 ingetreden en is van toepassing op alle vormen van zorg zoals omschreven krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen zorg.²³ Deze wet heeft als doel dat de zorg die door instellingen van de gezondheidszorg wordt verleend, van verantwoorde kwaliteit is. Het toepassingsbereik van de KZI is zeer groot, slechts de solistisch werkende beroepsbeoefenaren vallen erbuiten.²⁴

De Kwaliteitswet is een wet waarvan de kern uit een aantal globale normen is opgebouwd. Zorgaanbieders moeten verantwoorde zorg leveren (art. 2); zorg dragen voor een op die zorg gerichte, passende organisatie (art. 3); en voor een systematisch kwaliteitssysteem in dat kader (art. 4). Deze globale normen kunnen, indien nodig, worden aangescherpt bij AMvB (art. 6). De zorgaanbieder heeft bijkomende verplichtingen zoals het melden van calamiteiten en seksueel misbruik (art. 4a) en het opstellen van een openbaar kwaliteitsjaarverslag (art. 5). De normen van art. 2, 3 en 4 kunnen worden gehandhaafd door een aanwijzing van de Minister en bij dringende gevallen, door een bevel van de Inspectie (art. 8).²⁵

Artikel 2 KZI

Om verantwoorde zorg te kunnen realiseren is de zorgaanbieder in artikel 2 KZI verantwoordelijk gesteld.²⁶ Deze luidt als volgt:

‘De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.’

Uit de Memorie van Toelichting van art. 2 KZI blijkt dat indien de geleverde zorg onverantwoord blijkt te zijn, niet alleen de desbetreffende zorgverlener kan worden

²² Biesaart e.a. 2011, p. 1021

²³ Art. 1 lid 1 sub a KZI

²⁴ Hermans & Buijsen 2010, p. 182

²⁵ Biesaart e.a. 2011, p. 1022

²⁶ Kamerstukken II 2001/02, 28 489, nr. 3, p. 2.

aangesproken, maar ook de instelling (zorgaanbieder). Aanspreken betekent in deze context dat de zorgaanbieder er door de overheid op kan worden gewezen om zijn plicht na te leven (art. 7 KZI), maar ook civielrechtelijk door de patiënt.²⁷

In art. 2 KZI wordt een definitie gegeven aan het begrip verantwoorde zorg. Hierbij komen enkele elementen van het begrip verantwoorde zorg naar voren. Deze elementen zullen nu verder worden toegelicht.

Zorg van goed niveau. Tijdens de openbare behandeling van het wetsvoorstel is deze eis aan art. 2 toegevoegd. De minister had daar geen behoefte aan, aangezien zij de eis van ‘verantwoorde zorg’ duidelijk vond. Een belangrijk argument voor de leden van de Tweede Kamer om dit toch toe te voegen, was de belangrijkheid van de zorg van een goed niveau.²⁸

Doeltreffend en doelmatig. Met ‘doeltreffend’ wordt bedoeld op het (beoogde) effect in de zorgpraktijk. In de Nota naar aanleiding van het verslag wordt daaraan toegevoegd dat ‘doeltreffendheid’ geen betrekking heeft op het resultaat van een individuele behandeling, maar op de effectiviteit van het gerealiseerde zorgaanbod. Doelmatig heeft betrekking op de baten van de zorgverlening, afgezet tegen de kosten in geld, personeel, middelen en tijd.²⁹

Patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte. In het oorspronkelijke wetsvoorstel kwam alleen het begrip patiëntgerichtheid voor. Afstemming op de reële behoefte is bij amendement, door het stimuleren van de patiëntenbeweging toegevoegd. Hiermee willen ze de noodzaak van afstemming van de zorg op de behoefte van de patiënt vergroten.³⁰

In het artikel geven de woorden ‘in ieder geval’ aan dat de opgenoemde aspecten niet de enige zijn en het begrip verantwoorde zorg meer bevat. Uit de Memorie van Toelichting komt naar voren dat de punten van de Ziekenfondsraad (nu de College voor Zorgverzekeringen) en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) hier ook bij horen. Zo noemt de Raad, afstemming, deskundigheid en veiligheid. De NRV voegt hier de ‘toegankelijkheid van de zorg’ aan toe.³¹

Tijdens de eerste evaluatie (2001) van de KZI, is naar voren gekomen dat de meeste zorgaanbieders de wet als een stimulans om kwaliteitszorg op een systematische manier

²⁷ Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 25

²⁸ Biesart e.a. 2011, p. 1026

²⁹ Biesart e.a. 2011, p. 1026

³⁰ Biesart e.a. 2011, p. 1026

³¹ Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 25

binnen de instellingen vorm te geven, ervaren. Deze wet is voor veel instellingen een aanleiding geweest om met kwaliteitssystemen te gaan werken. Het spreekt vooral bestuur en management aan op hun verantwoordelijkheden. Na de inwerkingtreding van de KZI blijken in haast alle sectoren meer initiatieven te zijn genomen om het begrip *verantwoorde zorg* door middel van protocollen en richtlijnen te operationaliseren. Wel kwam uit de evaluatie naar voren dat de wet in sommige sectoren minder goed werkt dan in andere.³²

§ 2.2.2. De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

De Kwaliteitswet Zorginstellingen is de kwaliteitswet die zorginstellingen verplicht tot het verlenen van verantwoorde zorg. Eerder is verteld dat de KZI alleen van toepassing is op zorgaanbieders in organisatorisch verband. Solistisch werkende beroepsbeoefenaren vallen niet onder deze wet. Op hen is de Wet BIG van toepassing. De Wet BIG legt verplichtingen op en verleent rechten aan individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. In die zin vormen deze wetten een aanvulling op elkaar. Hierbij is het doel om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen, en daarmee de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.³³

De Wet BIG probeert dit te bereiken door een zo uniform mogelijke regeling te geven voor alle daarvoor in aanmerking komende beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.³⁴ Echter, is de Wet BIG een kaderwet en regelt net als de KZI de materie niet uitputtend. Het geeft de regels in grote lijnen aan. De concrete regels zijn te vinden in lagere regelgeving, zoals in de algemene maatregelen van bestuur en in ministeriële regelingen.³⁵

Artikel 40 BIG

De kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt in de Wet BIG in artikel 40 geregeld. Deze regels zijn gericht op solistisch werkende beroepsbeoefenaren en vormen daarmee een aanvulling op de Kwaliteitswet (art. 2), die soortgelijke eisen stelt aan instellingen. Tevens is het zo dat de Kwaliteitswet Zorginstellingen indirect een rol kan spelen bij de beroepsuitoefening van intramuraal werkende beroepsbeoefenaren. Zo zou een zorgaanbieder een aanwijzing kunnen krijgen om de procedure met betrekking tot voorbehouden handelingen zo in te richten dat deze in overeenstemming is met de Wet BIG.³⁶ Behalve dit verschil, komen de bepalingen inhoudelijk overeen met art. 2 en 3 van de Kwaliteitswet.

³² Hermans & Buijsen 2010, p. 183-184

³³ Hermans & Buijsen 2010, p. 188-189

³⁴ Biesart e.a. 2011, p. 71

³⁵ Hermans & Buijsen 2010, p. 189

³⁶ Biesart e.a. 2011, p. 72

Kwaliteit in de zin van de Wet BIG heeft naast zijn betrekking op de methodiek en techniek van het handelen, ook aandacht voor zaken zoals de houding van de beroepsbeoefenaren tegenover hun patiënten en de wijze waarop de beroepsuitoefening is georganiseerd.³⁷ Tot die organisatie behoren bijvoorbeeld de ruimte, materialen, apparatuur, de patiëntendossiers en een adequate organisatie van het contact tussen de verwijzende arts en de beroepsbeoefenaar naar wie wordt verwezen.³⁸

Hoofdstuk V uit de Wet BIG waarin de Kwaliteit van de beroepsuitoefening is vastgelegd, bestaat uit één artikel, namelijk artikel 40. Het eerste lid hiervan luidt als volgt:

‘Degene die in een register als bedoeld in artikel 3 staat ingeschreven of die een beroep uitoefenen waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen, organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich zodanig van materieel, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg.’

Artikel 40 biedt een verscheidenheid aan mogelijkheden om de kwaliteitsaspecten van zorg die individuele beroepsbeoefenaren verlenen, te reguleren. De verplichtingen die uit dit artikel voortkomen, gelden voor alle beroepen die in art. 3 en 34 Wet BIG zijn opgenomen. Individuele beroepsbeoefenaren zijn in het kader van het verlenen van verantwoorde zorg verplicht om de kwaliteit van de zorg op systematische wijze te bewaken, beheersen en verbeteren (art. 40 lid 2 Wet BIG). De manier waarop dat gebeurt en de intensiteit waarmee, zijn afhankelijk van de aard van de beroepsuitoefening. In lid 3 geeft de wetgever de bevoegd- en mogelijkheid aan de Minister van VWS om nadere regelgeving te maken. Dit mag alleen als het nodig is ter bevordering van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Primair wordt het aan de beroepsgroepen overgelaten om het nodige te doen voor het leveren van verantwoorde zorg. Pas als blijkt dat een beroepsgroep niet in staat of bereid is om via zelfregulering de kwaliteit te verbeteren en als ondersteunende initiatieven van de overheid geen effect hebben, dient de overheid zijn op art. 22 Grondwet lid 1³⁹ berustende eindverantwoordelijkheid te nemen door nadere regels te stellen. Hieruit blijkt dat de wetgever terughoudend is in het gebruik van nadere regelgeving.⁴⁰

³⁷ Hermans & Buijsen 2010, p. 198

³⁸ Biesart e.a. 2011, p. 132

³⁹ Art. 22 GW lid 1: De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.

⁴⁰ Biesart e.a. 2011, p. 131-132

In lid 4 van art. 40 Wet BIG wordt aangegeven welke verplichtingen, verbod en eisen, bij AMvB gesteld kunnen worden aan de beroepsbeoefenaren uit het register. Dit artikel biedt daarmee de grondslag voor nadere regelgeving.

De handhaving van artikel 40 lid 1 tot en met 3 worden in artikel 87a Wet BIG geregeld. Artikel 87a uit hoofdstuk IX van de Wet BIG geeft de inspecteur voor de volksgezondheid de mogelijkheid bij het niet, niet juist of onvoldoende naleven van de verplichtingen van artikel 40 een schriftelijk bevel te geven. De beroepsbeoefenaar is middels het schriftelijk bevel verplicht om binnen de daarbij gestelde termijn aan het bevel te voldoen. Artikel 87a komt overeen met artikel 7, lid 4 en 5, van de KZI.⁴¹

Uit de evaluatie van de Wet BIG is naar voren gekomen dat onder beroepsbeoefenaren de kennis over de inhoud van artikel 40 zeer beperkt is. Dit kwaliteitsartikel heeft er in geringe mate toe geleid dat beroepsbeoefenaren maatregelen treffen om de kwaliteit te waarborgen. De IGZ maakt slechts incidenteel gebruik van de bevelsbevoegdheid ex art. 87a Wet BIG en vaak pas wanneer daarnaast een tuchtrechtelijke procedure is gestart.⁴²

§ 2.2.3. Tekortkomingen van het aspect 'verantwoorde zorg'

In de KZI en de Wet BIG wordt, zoals omschreven in de vorige paragrafen, het begrip verantwoorde zorg gehanteerd. Deze wetten geven daarmee indirect het recht op verantwoorde zorg aan de cliënt. Dit recht kan immers worden afgeleid uit de op de zorgaanbieder rustende verplichtingen. Echter, is het onduidelijk in hoeverre de cliënt dit (indirecte) recht kan afdwingen.

Uit de evaluatie (2001) van de KZI komt verder naar voren dat in veel sectoren niet is voldaan aan de wettelijke eis van patiëntgerichtheid bij het uitvoeren van verantwoorde zorg. Dit komt volgens de onderzoekers door het feit dat er bij het opstellen van de richtlijnen of protocollen geen inbreng van de zijde van patiënten/consumentenorganisaties is geweest. De inbreng verschilt per sector.

De patiëntenorganisaties in de caresector zijn van oordeel dat bij de gehanteerde normen het patiëntenperspectief onvoldoende serieus is genomen. De normen worden eerder als 'procedureel' ervaren dan patiëntgericht. In de curesector is daarentegen vooral sprake van het feit dat de normontwikkeling gebaseerd is op de inbreng van de beroepsgroepen. De ervaring is dat de koppeling met het patiëntenperspectief onvoldoende wordt gemaakt.⁴³

⁴¹ Hermans & Buijsen 2010, p. 199

⁴² Hermans & Buijsen 2010, p. 199

⁴³ ZonMw 2001, p. 155

Overigens bestaat er onduidelijkheid over de norm ‘verantwoorde zorg’. Door sommige rechtsgeleerden⁴⁴ en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg⁴⁵ wordt de vraag gesteld of onder verantwoorde zorg een minimumnorm moet worden verstaan, die afhankelijk gesteld mag worden van overwegingen van de financiële haalbaarheid, of dat het een norm betreft waaraan de patiënt het recht kan ontleen op zorg van een goed hulpverlener op basis van een professionele standaard.⁴⁶

Verder concludeert de RVZ dat de concrete invulling van ‘verantwoorde zorg’ te vaak onduidelijk blijft. De wettelijke regeling van de aansprakelijkheid van de kwaliteit van zorg is helder, waarmee ook is vastgelegd dat de cliënt recht heeft op kwaliteit van zorg. Het probleem bevindt zich in de onduidelijkheid van wat daaronder mag / moet worden verstaan. Volgens de Raad is het voor patiënten onduidelijk wat in concreto wel / niet verwacht kan worden. Zolang niet duidelijk of moeilijk te achterhalen is wat verantwoorde zorg concreet inhoudt, wordt het onderhavige recht ondermijnd en wordt het moeilijker om voor de cliënt om keuzes te maken. Er kan immers niets beoordeeld worden zonder referentiekader. De Raad vindt dit een ernstige tekortkoming. Het is heel belangrijk voor een cliënt om een referentiekader te hebben, waarmee het aanbod getoetst kan worden.⁴⁷ Verder wordt deze conclusie, ook door het rapport *‘Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?’* (2006) van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) ondersteunt. De IGZ geeft namelijk evenzeer aan dat patiënten zorgaanbieders onvoldoende kunnen aanspreken op onverantwoorde zorg en dat dit onder andere te maken heeft met de onduidelijkheid in de concrete invulling van het begrip ‘verantwoorde zorg’.⁴⁸

2.3. Goed hulpverlenerschap

De kern van het patiëntenrecht wordt weergegeven in de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze wet is opgenomen als bijzondere overeenkomst in boek 7, artikel 446-468, van het Burgerlijk Wetboek (BW).⁴⁹ De WGBO is een sluitstuk van een jarenlang streven naar een versterking van de positie van de patiënt. De wetgever heeft gekozen voor een privaatrechtelijke oplossing in de vorm van een bijzondere overeenkomst tussen hulpverlener en patiënt, waarbij de bepalingen van dwingendrechtelijk aard zijn. Vanwege het willen beschermen van patiënten heeft de wetgever in deze regeling gekozen voor dwingend recht. Dit is gedaan zodat daar niet van kan worden afgeweken, althans niet

⁴⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 8

⁴⁵ RVZ 2006, p. 28

⁴⁶ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 8

⁴⁷ RVZ 2006, p. 28-31

⁴⁸ IGZ 2006, p. 11-12

⁴⁹ Hermans & Buijsen 2010, p. 227

ten nadele van de patiënt. Deze regeling kan beschouwd worden als de meer algemene wettelijke regeling van de rechten en plichten van patiënten.⁵⁰

In artikel 446 lid 1 geeft de wetgever aan wat wordt verstaan onder de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling is de overeenkomst waarbij een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde.

Artikel 453 WGBO

De morele kernwaarden van de WGBO zijn enerzijds het zelfbeschikkingsrecht en anderzijds de menselijke waardigheid. Deze waarden worden in de WGBO vertegenwoordigd door de meermalen terugkomende verplichting van de hulpverlener om conform zijn beroepsstandaard te handelen.⁵¹ Artikel 453 WGBO is het artikel wat daar centraal over gaat. Dit artikel luidt als volgt:

‘De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard’.

Vanwege de onmogelijkheid om alles te weten, is bepaald dat de hulpverlener de kennis en vaardigheden moet bezitten volgens hetgeen gebruikelijk is binnen zijn beroepsgroep. De beroepsstandaard wordt op verschillende manieren vormgegeven en ingevuld. Het gaat om de algemene kennis en vaardigheden die de hulpverlener tijdens zijn opleiding heeft geleerd, de kennis die hij / zij tijdens zijn loopbaan heeft verworven door middel van literatuur, bijeenkomsten van zijn beroepsgroep, bij- en nascholing en eigen ervaring. Ook kan als invulling van de beroepsstandaard meegenomen worden dat de hulpverlener kwaliteit van zorg moet leveren zoals bepaald in de KZI. Dat houdt in dat de hulpverlener met goed geschoolde en vaardige medewerkers werkt, deugdelijke up-to-date apparatuur ter beschikking heeft en zorgt voor een goede organisatie van zijn praktijk.⁵² Naast de wetenschappelijke richtlijnen en standaarden van de eigen verenigingen van artsen, kunnen

⁵⁰ Biesaart e.a. 2011, p. 519-521

⁵¹ Hermans & Buijsen 2010, p. 227

⁵² Hermans & Buijsen 2010, p. 227

de regels van de KNMG ook betekenis geven aan de invulling van de begrippen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap'.⁵³

Artikel 453 van de WGBO is een open geformuleerde norm en kan in iedere situatie een andere betekenis en invulling krijgen. Uit de Memorie van Toelichting blijkt dat de rechter bij de toetsing van dit artikel zal kijken naar de regels en normen op het gebied van de hulpverlening in de gezondheidszorg. Zo kunnen de gedragsregels omtrent het handelen van een individueel beroepsbeoefenaar die worden gehanteerd door de desbetreffende beroepsorganisatie van belang zijn. Voorts kunnen ook de normen die zijn ontleend aan de wetenschap op het desbetreffende gebied en de algemeen aanvaarde uitgangspunten, betrekking hebben op de beslissing van de rechter.⁵⁴

De maatstaf die door de Hoge Raad wordt gegeven is dat de zorgverlener de inspanning moet vertonen die de redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden had vertoond.⁵⁵

Tekortkomingen van het aspect 'goed hulpverlenerschap'

De RVZ concludeert dat de cliëntenrechten moeilijk toegankelijk zijn voor de cliënt. Dit kan de rechtspositie van cliënten ondermijnen. Het is immers zo dat indien men zijn rechten niet kent, men ze ook niet kan gebruiken. Veelal zijn er weloverwogen en soms onvermijdelijke keuzes gemaakt om de wettelijke regels op een globale manier te omschrijven. Dat brengt met zich mee dat cruciale wettelijke begrippen en regels op andere niveaus nader worden uitgewerkt. Dit geldt ook voor art. 453 WGBO. Het begrip 'goed hulpverlenerschap' wordt in dit artikel met globale normen omschreven, maar wat er concreet mee wordt bedoeld is onduidelijk en ligt niet wettelijk vast. Het is nader uitgewerkt in richtlijnen en gedragsregels van de beroepsbeoefenaren zelf. Verder speelt ook de rechter een belangrijke rol in het verduidelijken en uitwerken van globale wettelijke bepalingen. Het feit dat de wet niet de enige bron is voor het patiëntenrecht en dat de globale wettelijke normen geconcretiseerd worden in nadere bepalingen zoals de jurisprudentie, maakt het voor patiënten / leken (haast) onmogelijk om op de hoogte te zijn of raken van de concrete betekenis.⁵⁶

⁵³ Biesart e.a. 2011, p. 531

⁵⁴ Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 33-34

⁵⁵ HR 9 november 1990, NJ 1991, 26

⁵⁶ RVZ 2006, p. 13-19

2.4. Het fundamentele mensenrecht: 'recht op zorg'

Het 'recht op goede zorg' is een voortvloeisel van het fundamentele mensenrecht op (gezondheids)zorg. In verschillende internationale verdragen waar Nederland bij is aangesloten, komt het recht op zorg aan de orde. Enkele van deze verdragen zijn:

- *UVRM: Universele Verklaring van de Rechten van de Mensen (1948)*

In artikel 25 UVRM is vastgelegd dat iedereen het recht heeft op geneeskundige verzorging om een levensstandaard te krijgen die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin.

- *IVESCR: Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (1966)*

Staten die bij het IVESCR zijn aangesloten, hebben erkend dat iedereen het recht heeft op een zo goed mogelijke lichamelijk en geestelijke gezondheid (art. 12 lid 1 IVESCR); en dat de Staat de maatregelen moet nemen om dit recht volledig te bewerkstelligen (art. 12 lid 2 IVESCR). Hiertoe behoort o.a. het scheppen van omstandigheden die een ieder in geval van ziekte geneeskundige bijstand en verzorging waarborgen (art. 12 lid 2 sub d IVESCR).

- *ESH: Europees Sociaal Handvest (1996)*

Behalve art. 22 lid 1 Gw is de Nederlandse staat ook op basis van art. 11 ESH verplicht gesteld voor het bevorderen van de volksgezondheid. Burgers krijgen hiermee het 'recht op bescherming van de gezondheid'.

Door middel van deze artikelen, afkomstig uit verschillende verdragen, wil men het recht op zorg zo goed en breed mogelijk waarborgen. Deze verdragen bevatten globale normen, die op het nationale veld nadere invulling moeten krijgen. In het ESH is bijvoorbeeld vastgelegd dat Staten aan de relevante bepalingen uit het Handvest, in nationale wet- en regelgeving of door andere passende middelen, uitvoering moeten geven (art. I lid 1 sub a – d ESH).

2.5. Conclusie

Het begrip 'goede zorg' komt in de huidige nationale- en internationale wetgeving in verschillende wetten en verdragen naar voren. Het 'recht op goede zorg' is namelijk een voortvloeisel van het fundamentele mensenrecht op (gezondheids)zorg en is in de internationale wetgeving geregeld in o.a. de UVRM (art. 25), het IVESCR (art. 12) en het ESH (art. 11). In de nationale wet- en regelgeving is dit begrip tot uitdrukking gekomen in de termen 'verantwoorde zorg' (art. 2 KZI en art. 40 Wet BIG) en 'goed hulpverlenerschap' (art. 453 WGBO). In dit hoofdstuk is daarbij de aard, inhoud en omvang van deze wettelijke

aspecten uiteengezet, waarbij ook de tekortkomingen van de nationale uitwerking zijn besproken.

Een wettelijke regeling die aan de zorginstelling of beroepsbeoefenaar de verplichting oplegt om verantwoorde zorg te leveren, geeft daarmee ook indirect aan de cliënt het recht op verantwoorde zorg. Echter, is het onduidelijk in hoeverre de cliënt dit (indirecte) recht kan afdwingen. Een andere tekortkoming is dat in veel sectoren niet is voldaan aan de wettelijke eis van patiëntgerichtheid bij het uitvoeren van verantwoorde zorg. Patiënten/consumëntenorganisaties zijn / worden niet voldoende betrokken bij het opstellen van protocollen en richtlijnen. Overigens bestaat er onduidelijkheid over de norm 'verantwoorde zorg'. De concrete invulling van dit begrip, blijft voor de cliënt te vaak onduidelijk. De RVZ concludeert dat de cliënten niet weten wat ze van kwalitatief goede zorg mogen verwachten. Zolang niet duidelijk of moeilijk te achterhalen is wat verantwoorde zorg concreet inhoudt, wordt het onderhavige recht ondermijnd en wordt het moeilijker voor de cliënt om keuzes te maken.

Voor cliënten heerst ook bij het begrip 'goed hulpverlenerschap' nog te veel onduidelijkheid over wat er concreet onder verstaan wordt. Het feit dat de omschrijving in de wet in globale normen gebeurt en de nadere invulling in richtlijnen en gedragsregels van de beroepsbeoefenaren plaatsvindt, maakt het voor cliënten haast onmogelijk om op de hoogte te zijn of raken van de concrete betekenis. Dit kan de rechtspositie van cliënten ondermijnen. Het is immers zo dat indien men zijn rechten niet kent, men ze ook niet kan gebruiken.

Hoofdstuk 3: Naar een nieuwe zorgconsumentenwet?

3.1. Inleiding

Het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg is een wetsvoorstel dat voortvloeit uit de inzichten van een integrale zorgconsumentenwet. Om deze reden zal in dit hoofdstuk eerst worden ingegaan op het voorstel van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) waarbij wordt aangedrongen op een Zorgconsumentenwet. Vanuit dat globale voorstel, zal overgegaan worden op het concrete wetsvoorstel (WCZ).

3.2. Een nieuwe zorgconsumentenwet: standpunten, voorstellen en conclusies

De NPCF heeft bij de totstandkoming van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) aangedrongen op de invoering van een zorgconsumentenwet (2006). Het doel van de NPCF was hierbij om een basiswet te laten invoeren die de cliëntenrechten vanuit hun perspectief zou garanderen. Hiermee wou de NPCF dat er samenhang werd gebracht tussen de bestaande wetten en dat de hiaten die ontstaan zijn na de stelselwijziging werden opgevuld. De NPCF en verschillende politieke partijen hebben nadrukkelijk gevraagd om de huidige wetgeving in de vorm van herkenbare cliëntenrechten te gieten. Zo kon de cliënt ook na de nieuwe verhoudingen in de zorg, met een sterke juridische basis verdergaan. Naar aanleiding daarvan heeft de minister van VWS, de RVZ en de IGZ om advies gevraagd over de rechtspositie van de cliënten in de zorg.⁵⁷ In de hiernavolgende paragraaf zal worden ingegaan op de standpunten van de NPCF, de analyse van de IGZ over de huidige patiëntenwetgeving en de reactie van de RVZ op het voorstel van de patiëntenfederatie.

§ 3.2.1. De NPCF en de IGZ

De NPCF pleit voor één volledige wettelijke basis, de Zorgconsumentenwet, waarin alle rechten van de zorgconsument overzichtelijk en helder zijn geregeld. Dit moet volgens de patiëntenorganisatie een wet zijn waarin recht wordt gedaan aan de nieuwe ontwikkelingen / verhoudingen binnen de gezondheidszorg. Verder is de NPCF er van overtuigd dat er in de nieuwe wet heldere uitgangspunten voor alle betrokkenen – zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de overheid en zorgconsumenten - moet worden opgesteld.

De huidige patiëntenwetgeving heeft volgens de NPCF verschillende tekortkomingen. Deze zijn als volgt.

⁵⁷ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 7

- Na de stelselwijziging in 2006 zijn de posities in de zorg verschoven. De zorgconsument is naast de zorgverzekeraars en –aanbieders een volwaardige marktpartij geworden.
- De ontwikkelingen binnen de patiëntenzorg vragen om nieuwe regels. Hiermee wordt er op o.a. telezorg, het elektronisch patiëntendossier en ketenzorg, gedoeld.
- De patiëntenrechten zijn maar gedeeltelijk geregeld en vastgelegd in verschillende wetten, regelingen, codes en convenanten. Tevens moeten ze vaak afgeleid worden uit de plichten voor zorgaanbieders. De ontoegankelijkheid voor patiënten is groot.⁵⁸

De NPCF heeft in 2006 de huidige patiëntenwetgeving geanalyseerd en daar een publicatie (*‘De Zorgconsumentenwet, één wet voor patiënten en consumenten’*) over uitgebracht. Uit deze analyse is gebleken dat de huidige wetgeving tekortschiet. De NPCF concludeert dat de huidige wetgeving de patiënt onvoldoende beschermt in de nieuwe situatie. ‘De huidige wetgeving is vanuit de plichten van zorgaanbieders geschreven en te globaal opgesteld. Hierdoor wordt het verzilveren van de patiëntenrechten een moeilijk en langzaam traject.’ Om deze redenen wil de NPCF een nieuwe Zorgconsumentenwet, waarbij samenhang wordt gebracht en de tekortkomingen worden opgelost. Volgens de patiëntenfederatie kan een dergelijke Zorgconsumentenwet als volgt bereikt worden.

- De rechten van zorgconsumenten moeten worden herzien en niet meer een afgeleide zijn van de plichten van zorgaanbieders.
- Bestaande patiëntenwetgeving moet worden aangepast aan de ontwikkelingen.
- De leemtes moeten worden opgevuld, zodat de positie van de zorgconsument in het nieuwe stelsel als marktpartij, goed is gewaarborgd.⁵⁹

De NPCF vindt dat de Zorgconsumentenwet een basiswet moet zijn die het ‘recht op zorg’ garandeert. ‘Iedereen die in Nederland verblijft, heeft recht op tijdige, adequate, professionele en eigentijdse zorgverlening.’ Dit moet volgens de patiëntenorganisatie uitgewerkt worden in enkele basisrechten, waarbij het recht op zorg concreet tot uitdrukking komt. Dit recht op zorg omvat volgens de NPCF o.a. het recht op veiligheid en kwaliteit. Daarmee wordt gedoeld op zorg die verantwoord moet zijn en op alle niveaus aan harde, vooraf kenbare kwaliteits- en veiligheidsnormen moet voldoen. Bovendien moeten de zorgconsumenten betrokken worden bij de ontwikkeling van deze normen.⁶⁰ Hiermee wordt duidelijk dat dit voorgestelde basisrecht, in de WCZ tot het ‘recht op goede zorg’ is gegoten.

⁵⁸ NPCF 2007, p. 5-6

⁵⁹ NPCF 2006, p. 2

⁶⁰ NPCF 2007, p. 7-8

De analyse van de NPCF wordt ook door de resultaten van de IGZ ondersteund. De IGZ staat in zijn rapport *'Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd'* (2006) kort stil bij het feit dat 'het recht op verantwoorde zorg' in de huidige wetgeving afgeleid moet worden uit een aantal wettelijke regelingen. Hiernavolgend stelt de IGZ de kritische vraag of dit recht door patiënten voldoende kan worden afgedwongen. De IGZ concludeert hier het volgende over:

*"Het recht van de patiënt op verantwoorde zorg wordt alom erkend en aanvaard, maar is bepaald niet gemakkelijk uit te oefenen. De wetgeving bevat tal van aanknopingspunten voor een dergelijk recht, maar die aanknopingspunten hebben in belangrijke mate een indirect karakter. Daar komt nog bij dat er geen eenduidige interpretatie is van het wettelijke begrip 'verantwoorde zorg'. Gaat het om een minimumnorm, die bovendien geïnterpreteerd mag worden in het licht van overwegingen van (financiële) haalbaarheid? Of is pas sprake van verantwoorde zorg als die volgens de professionele standaard is geleverd?"*⁶¹

De IGZ maakt in zijn rapport ook een vergelijking tussen de wettelijke regeling van het recht op goede zorg in Nederland en de wettelijke regeling van het recht op goede zorg in andere Europese landen. Daarbij wordt opgemerkt dat in België, Denemarken en Luxemburg het recht op goede zorg in één of andere formulering terug te vinden is in de patiëntenrechtenwet.

Hier op volgend verwijst de IGZ naar een voorstel van Legemaate uit het rapport *'Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak'* (2006) die in opdracht van de IGZ is geschreven.⁶² In dat rapport wordt de huidige wetgeving geanalyseerd inzake de patiëntenrechten en de kwaliteit van zorg, waarbij de vraag wordt opgeroepen in welke mate en op welke wijze er sprake is van een direct door patiënten in te roepen 'recht op verantwoorde zorg'. De auteur concludeert dat er eigenlijk geen sprake is van een direct recht en dat dit recht aan de patiënt op twee manieren wordt toegewezen:

- Het vloeit voort uit (vooral) de Zvw en de AWBZ
- Het vloeit voort uit de in verschillende wetten (WGBO, KZI, Wet BIG) opgenomen verplichtingen van zorgaanbieders om verantwoorde zorg te leveren.

Legemaate wijst op het feit dat dit een vrij gebruikelijk juridisch mechanisme is en dat deze vorm de juridische kracht van het recht op verantwoorde zorg niets afdoet. Wel stelt de auteur de vraag of deze constructie voldoende zeggingskracht heeft naar patiënten /

⁶¹ IGZ 2006, p. 47

⁶² IGZ 2006, p. 47

consumenten en of zij er voldoende door worden gestimuleerd gebruik van te maken in situaties van onverantwoorde zorg. Om deze reden wordt voorgesteld en aanbevolen dat er een overweging gemaakt moet worden om een direct op de patiënt gerichte 'recht op verantwoorde zorg' in de wetgeving neer te leggen.⁶³

§ 3.2.2. De RVZ

De IGZ is met de NPCF tot dezelfde resultaten gekomen op het gebied van de tekortkomingen in de huidige patiëntenwetgeving wanneer het gaat om het recht op verantwoorde zorg. De huidige juridische constructie maakt het voor patiënten / zorgconsumenten lastig om dit recht uit te oefenen.

Op basis van deze resultaten en het voorstel van de NPCF (Zorgconsumentenwet), heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een analyse hierover gedaan. Hierbij is gekeken of een integrale Zorgconsumentenwet de oplossing is voor de huidige knelpunten.

De Raad concludeert dat de onderwerpen die in de huidige patiëntenwetgeving zijn geregeld niet in hetzelfde wettelijk kader kunnen worden ondergebracht. Het is volgens de Raad onmogelijk om alle voor de zorgconsument relevante bepalingen in één wet samen te brengen. De onderwerpen zijn divers van aard en passen niet in hetzelfde kader. De Raad is van mening dat een bundeling van patiëntenrechten in één zorgconsumentwet, weinig zal bijdragen aan de bekendheid ervan bij patiënten. Zo een wet zal hoe dan ook gecompliceerd zijn. Dit mede door de enorme diversiteit aan onderwerpen.

Een ander punt van de Raad is dat het loshalen van sommige regelingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) een afbreuk zal doen aan de bescherming van de patiënt. De aansluiting van een integrale zorgconsumentenwet bij het BW, zal nog problematischer zijn dan nu al het geval is bij de WGBO.

Verder ondersteunt de Raad de uitspraak van Legemaate. De Raad vermeldt namelijk ook dat het gegeven, dat bepaalde rechten van consumenten slechts een afgeleide zijn van in de wetgeving neergelegde plichten van anderen, geen afbreuk doet aan de rechtspositie van de patiënt. Dit hoeft niet per definitie negatief te zijn. In sommige gevallen kan het volgens de Raad juist duidelijkheid verschaffen. De zorgconsument kan weten tegenover wie hij/zij het desbetreffende recht kan invoeren.

Bovendien kan te gedetailleerde wetgeving verstarrend werken. Er is in de huidige wetgeving bewust gekozen voor het stellen van globale regels met open normen. Hiermee kan recht worden gedaan aan de complexiteit van de dagelijkse praktijk en aan de

⁶³ Legemaate 2006, p.54

verantwoordelijkheid / deskundigheid van de medische beroepsbeoefenaren. Het (negatieve) gevolg hiervan is wel dat er nadere regels moeten komen op andere niveaus.

Kortom, is volgens de RVZ juridisch gezien een integrale zorgconsumentenwet niet te verwezenlijken. Bovendien zal volgens de RVZ een dergelijke wet niet bijdragen aan meer toegankelijkheid van patiëntenrechten, noch aan de versterking van de rechtspositie van de zorgconsument. De Raad concludeert echter wel, dat de wens om de rechten van de patiënt op een aantal specifieke punten te veranderen of uit te bereiden gerechtvaardigd kan zijn.⁶⁴

De Raad heeft in zijn rapport een alternatieve oplossing opgesteld voor de gesignaleerde problemen, omdat de Raad ervan overtuigd is dat de oplossing niet moet worden gezocht in een integrale zorgconsumentenwet.

Volgens de RVZ kunnen de knelpunten en lacunes in de wet worden opgelost door aspecten uit de huidige wetgeving te wijzigen. Verder wordt er geadviseerd om de patiëntenrechten thematisch te evalueren. Op die manier kunnen deze wetten op samenhang en consistentie worden beoordeeld. Er kan bijvoorbeeld gekeken worden hoe verschillende termen zich tegenover elkaar verhouden en zo – indirect – bijdragen aan de toegankelijkheid van de patiëntenrechten.

Het is aangetoond dat de rechtspositie van de patiënt over het algemeen formeel goed is geregeld, maar dat kennis en inzicht ontbreekt. Om deze reden adviseert de Raad om een 'Kennis- en Adviescentrum patiëntenrechten' te installeren. Dit centrum moet fungeren als een centrale plaats waar patiënten informatie kunnen ophalen over de relevante wettelijke bepalingen, de uitwerking daarvan in rechtspraak en richtlijnen, etc. De voornaamste taken van dit centrum moet het 'bijeengbrengen van patiëntenrechten' en het 'toegankelijk maken van deze rechten voor belangstellenden', zijn.⁶⁵

3.3. De Wet Cliëntenrechten zorg

Begin juni 2010 is bij de Tweede Kamer het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg ingediend. Dit wetsvoorstel is een onderdeel van de herziening van het zorgstelsel, die sinds 2006 aan de gang is. De overheid wil zorg dragen voor veilige, tijdig beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg.⁶⁶ Hiermee probeert de overheid beter te voldoen aan zijn plicht van, dat het maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid.⁶⁷

⁶⁴ RVZ 2006, p. 36-40

⁶⁵ RVZ 2006, p. 41-45

⁶⁶ Gevers 2010, p. 589

⁶⁷ Art. 22 lid 1 GW

Na het herzien van het verzekeringsstelsel en door het zorgaanbod meer decentraal te organiseren, is de derde stap de versterking van de positie van de cliënt.⁶⁸ De regering heeft namelijk zijn twijfels of de cliënt zijn rol als partij in dit krachtenveld wel voldoende kan uitoefenen.⁶⁹ Het aandachtspunt bij deze versterking is dat de rechten individueel afdwingbaar dienen te zijn, maar dat tevens geborgd moet worden dat er sprake is van redelijkheid en billijkheid bij de uitvoering van deze rechten. Dit wil de regering regelen via de Wet Cliëntenrechten Zorg.⁷⁰

§ 3.3.1. *Achtergrond van de WCZ*

Deze nieuwe wet zou als sluitsteen van het nieuwe zorgstelsel moeten dienen. Hierbij was de gedachte dat, nu het bestaande stelsel geleidelijk vervangen wordt door een vraaggestuurd systeem binnen een marktgeoriënteerde context, de patiënt zijn rol als marktpartij moet kunnen spelen. Tevens moet de patiënt de zorg kunnen krijgen die hij / zij wenst en door zijn keuzegedrag invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van de zorg.

De minister is ervan overtuigd dat goede zorg begint met een goede relatie tussen de cliënt en zijn zorgverlener, en wil daarin investeren. Deze investering heeft het ondersteunen van de initiatieven in de praktijk, het versterken van cliëntenorganisaties en het voorbereiden van wetgeving om de noodzakelijke veranderingen in de rechtspositie van cliënten te realiseren, in zijn portefeuille.⁷¹

Op grond van dit standpunt is in maart 2009 een concepttekst van het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg in omloop gebracht, en ruim een jaar later heeft de indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer zich gevolgd.⁷²

§ 3.3.2. *Stand van zaken: de Kamerbehandeling*

De oorspronkelijke versie van het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg had de doelstelling om de huidige patiëntenwetgeving gedeeltelijk te gaan vervangen.

Een invoering van het recht op goede zorg gaat art. 40 van de Wet BIG, die regels stelt inzake de eis van 'verantwoorde zorg', doen vervallen.⁷³ Tevens zal ook art. 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen komen te vervallen, dit omdat het vervangen wordt door art. 5 lid 1 van het wetsvoorstel.⁷⁴

⁶⁸ Gevers 2010, p. 589

⁶⁹ Klink 2008, p. 1 – 13.

⁷⁰ Gevers 2010, p. 589-590

⁷¹ Klink 2008, p. 1 – 13.

⁷² Gevers 2010, p. 590-591

⁷³ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 159

⁷⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 169

Het wetsvoorstel bevat overigens een aantal bepalingen die ontleend zijn aan enkele artikelen van Boek 7 van het BW. Ook zullen die desbetreffende artikelen deels komen te vervallen in geval van invoering, dit omdat het wetsvoorstel een bereik heeft dat gericht is op alle vormen van zorg en daarmee ook de geneeskundige behandeling.⁷⁵

In december 2009 heeft de Raad van State zijn advies gepubliceerd over de conceptversie van de WCZ. De Raad vindt de benadering, waarbij er vanuit de verplichtingen van de hulpverlener en zorgaanbieder rechten worden verleend, gebruikelijk. Een goede zorgrelatie dient een gelijkwaardige relatie te zijn, maar zij is er binnen de zorg één tussen ongelijke partijen. De ongelijkheid is aanwezig in de mate van professionaliteit en deskundigheid, maar ook in de afhankelijkheid van de cliënt tegenover de zorgaanbieder. Overigens komt ongelijkheid tussen partijen ook in andere relaties voor. Hierbij is het ter bescherming van de rechten van de zwakkere partij, gebruikelijk dat naast een beperkt aantal wezenlijke rechten van de zwakkere partij, veelal dwingende verplichtingen op de sterkere partij worden gelegd. Deze verplichtingen worden in de wetgeving niet als rechten van de sterkere partij gecompenseerd. In de WCZ wordt hier van afgestapt, wat een allerminste versterking van de cliëntenrechten tot gevolg heeft.

Verder wijst de Raad op het feit dat de huidige juridische constructie niets afdoet aan het karakter en het gewicht van de patiëntenrechten. Het recht op goede zorg vloeit in de huidige wetgeving voort uit de op de zorgaanbieder rustende verplichtingen tot het leveren van goede zorg op basis van de WGBO, de KZI en de Wet BIG. Dit mechanisme is gebruikelijk binnen het rechtssysteem en doet niets af aan de kracht van het recht op goede zorg. Herformulering is volgens de Raad onnodig en zal niet bijdragen aan de versterking van de rechtspositie van de cliënt.⁷⁶ De Raad wijst erop dat de opzet van deze versie tot gevolg heeft dat de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder nodeloos onder druk kan komen te staan. Tevens kan zij tot verdergaande juridisering van de relatie tussen de zorgaanbieder en cliënt leiden. Om o.a. deze reden adviseert de RvS om te volstaan aan een beperkte aanpassing van de huidige wetgeving en het wetsvoorstel nader te bezien.⁷⁷

Naar aanleiding van dit kritische adviesrapport, zorgvuldig geluisterd te hebben naar de vragen en opmerkingen in het verslag van de Tweede Kamer en de zorgen van gezondheidsrechtelijke juristen, heeft de regering besloten om het wetsvoorstel nader te bezien, wat in juli 2011 en in maart 2012 heeft geresulteerd tot het aanleveren van een nieuwe versie. Door middel van twee nota's van wijziging zijn de bepalingen in hoofdstuk 2

⁷⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 164

⁷⁶ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 6-7

⁷⁷ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 9

van het wetsvoorstel gewijzigd en is o.a. besloten om af te zien van het doen vervallen van (het merendeel van) de bepalingen in Boek 7 van het BW.⁷⁸ Alle bepalingen zullen in het BW blijven staan. Daarmee wordt in geval van handelingen op het gebied van een geneeskundige behandeling de verhouding tussen partijen beheerst door twee wetten: de WGBO en de WCZ.⁷⁹ Ontloopt de wetgever hiermee niet aan zijn oorspronkelijke doelstelling? Hoe moet de instandhouding van de WGBO gezien worden? Wordt de WCZ de nieuwe kaderwet en de WGBO de *bijzondere wet* die geldt in gevallen van een geneeskundige behandelingsovereenkomst?

Een integrale zorgconsumentenwet, die alle cliëntenrechten zou samenbrengen, begint steeds meer te lijken op een wet die als naslagwerk gebruikt dient te worden bij de huidige patiëntenwetgeving.

3.4. Conclusie

Het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg is een voortvloeisel van de gedachte van een integrale zorgconsumentenwet. Deze gedachte is afkomstig van de NPCF en stamt af uit 2006. Bij de totstandkoming van de nieuwe Zvw heeft de patiëntenfederatie aangedrongen om een basiswet te laten invoeren die de cliëntenrechten vanuit hun perspectief zou garanderen. Hiermee wou de NPCF dat er samenhang werd gebracht tussen de bestaande wetten en dat de hiaten die ontstaan zijn na de stelselwijziging werden opgevuld. Het feit dat in de huidige wetgeving de patiëntenrechten vanuit de plichten van de zorgaanbieder zijn geschreven en te globaal zijn opgesteld, heeft een onvoldoende bescherming van de patiënt tot gevolg. Het achterhalen van de patiëntenrechten wordt daarmee een moeilijk en langzaam traject. Ook wordt dit probleem door de IGZ aangekaart. De IGZ concludeert dat het recht van de patiënt op verantwoorde zorg wordt erkend en aanvaard, maar niet gemakkelijk is uit te oefenen. De NPCF ziet daarom de komst van een basiswet (zorgconsumentenwet), waarin o.a. het 'recht op zorg' wordt gegarandeerd, noodzakelijk.

Daarentegen wijzen Legemaate en de Raad van State op het feit dat dit een vrij gebruikelijk juridisch mechanisme is en dat deze vorm niets aan de juridische kracht van het recht op verantwoorde zorg afdoet. Wel wordt de vraag gesteld of deze constructie voldoende zeggingskracht heeft naar patiënten en of zij er voldoende door worden gestimuleerd gebruik van te maken in situaties van onverantwoorde zorg. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voegt hier aan toe dat dit niet per definitie negatief hoeft te zijn. In

⁷⁸ Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 7, p. 30

⁷⁹ Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 7, p. 58

sommige gevallen kan het volgens de Raad juist duidelijkheid verschaffen. De zorgconsument kan weten tegenover wie hij/zij het desbetreffende recht kan invoeren. Verder concludeert de Raad dat er bewust is gekozen voor het stellen van globale regels met open normen, omdat het niet mogelijk is om alle regels uit de complexe dagelijkse praktijk in de wet op te nemen. Volgens de RVZ is een integrale zorgconsumentenwet juridisch niet te verwezenlijken en zal het niet bijdragen aan meer toegankelijkheid van patiëntenrechten, noch aan de versterking van de rechtspositie van de zorgconsument. Het alternatief van de Raad om de knelpunten en lacunes in de wet op te lossen is door de huidige wetgeving aan te passen i.p.v. een nieuwe wet, de patiëntenrechten thematisch te evalueren en een kennis- / adviescentrum te installeren. Dit centrum moet fungeren als een centrale plaats waar patiënten informatie kunnen ophalen over de relevante wettelijke bepalingen, de uitwerking daarvan in rechtspraak en richtlijnen, etc.

Deze gedachtegang / ontwikkelingen heeft in 2009 (concepttekst) geleid tot een wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg. Deze nieuwe wet heeft als doel om de positie van de cliënt te versterken, zodat ook in het vraaggestuurde systeem de patiënt zijn rol als marktpartij kan spelen.

Het oorspronkelijke wetsvoorstel had de doelstelling om de huidige patiëntenwetgeving gedeeltelijk te gaan vervangen. Een kritisch adviesrapport van de Raad van State, de opmerkingen van Kamerleden en de zorgen van gezondheidsrechtelijke juristen, heeft de regering ertoe aangezet om het wetsvoorstel nader te bezien. In juli 2011 en in maart 2012 heeft dit geresulteerd tot het aanleveren van een nieuwe versie. Uit deze nota van wijzigingen is gebleken dat er wordt afgezien van het doen vervallen van (het merendeel van) de bepalingen in Boek 7 van het BW en dat in geval van handelingen op het gebied van een geneeskundige behandeling de verhouding tussen partijen beheerst wordt door twee wetten: de WGBO en de WCZ. Daarmee ontloopt de wetgever aan de oorspronkelijke doelstelling. Een integrale zorgconsumentenwet, die alle cliëntenrechten zou samenbrengen, begint steeds meer te lijken op een wet die als naslagwerk gebruik dient te worden bij de huidige patiëntenwetgeving.

Hoofdstuk 4: Het recht op goede zorg conform de WCZ

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal het recht op goede zorg conform de WCZ worden behandeld. Hierbij zal de aandacht gevestigd zijn op de (juridische) kenmerken van dit recht en de concrete inhoud van de artikelen. De centrale vragen die in dit hoofdstuk aan de orde komen zijn de 'individuele afdwingbaarheid' en de 'betekenis van de wetsartikelen'.

Vervolgens zal ingegaan worden op de gevolgen van de invoering van dit recht voor de huidige wet- en regelgeving. Daarmee zal de behandeling van deelvraag drie (§ 1.3) geschieden.

4.2. Een individueel afdwingbaar recht

Met de invoering van het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg, krijgen cliënten het 'recht op goede zorg'. Hierbij moet niet vergeten worden dat de basis van het recht op goede zorg uit een wederzijdse vertrouwensband tussen cliënt en zorgaanbieder, bestaat. Van de zorgaanbieder mag het leveren van goede zorg verwacht worden en van de cliënt medewerking aan de behandeling, verpleging en verzorging.⁸⁰ Dit recht wordt een individueel afdwingbaar recht voor de cliënt, vanwege het feit dat dit recht het meest belangrijke recht is van de cliënt. De wetgever is er van overtuigd dat men door deze norm zo op te stellen, het belang van het leveren van goede zorg door de zorgaanbieder wordt benadrukt, waardoor de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder wordt versterkt. Het recht op goede zorg is afdwingbaar door de cliënt en kan door de Inspectie voor de Gezondheidszorg bestuursrechtelijk worden gehandhaafd.⁸¹ Uiteraard is het hierbij niet de bedoeling dat de IGZ de primaire rol van de cliënten bij het afdwingen van de naleving van hun rechten zal overnemen. De IGZ komt in actie indien sprake is van een situatie die een bedreiging kan vormen voor de veiligheid van cliënten of de zorg, of het belang van goede zorg anderszins redelijkerwijs vergt.⁸²

De term 'goede zorg' is nieuw en eist meer dan de huidige term 'verantwoorde zorg'. De zorgaanbieder kan niet meer alleen volstaan met het leveren van zorg die niet slecht is. De geleverde zorg moet volgens de professionele standaard zijn, dus van goed niveau. Net als de begrippen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap' is 'goede zorg' ook een open norm, waar van de invulling in eerste instantie door de veldpartijen moet komen. Een nadere

⁸⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 4

⁸¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 11

⁸² Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 32

invulling van het begrip goede zorg, zal in de loop van de tijd dit recht door de cliënt en de IGZ beter afdwingbaar maken. Indien het veld de norm 'goede zorg' onvoldoende invult, zal eventueel gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid die dit wetsvoorstel biedt, namelijk de norm bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nader omschrijven.⁸³

Overigens gaat het recht op goede zorg niet alleen bij de individuele geneeskundige behandeling gelden, maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders en in de gehele keten van zorg. Door cliënten het recht op goede zorg toe te kennen, tracht men op wettelijk niveau goede zorg te garanderen die afgestemd is op de behoeften van de cliënt.⁸⁴

Door het 'recht op goede zorg' in de wetgeving als een concreet recht te formuleren, wil de wetgever het voor de cliënt eenvoudiger maken om dat recht tegenover de zorgaanbieder in stelling te brengen. Hoewel het voor de afdwingbaarheid, juridisch gezien, niet veel uitmaakt of de wet rechten voor cliënten of plichten voor zorgaanbieders formuleert, vindt de wetgever dat de formulering in rechten de beoogde paradigmashift (*de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg*) het beste dient. De afdwingbaarheid en naleving van een recht, heeft eerder te maken met het pad die men volgt bij het afdwingen en van de concreetheid van de norm.⁸⁵

De invoering van dit wetsvoorstel brengt ook veranderingen in de relatie tussen de verzekerde en de verzekeraar. De zorgverzekeraar die niet aan de eisen van het leveren van goede zorg voldoet, zal tevens een onjuiste uitvoering geven aan de wettelijke aanspraak van de verzekerde. De verzekerde kan dan de verzekeraar aanspreken voor schade die hij lijdt omdat de geleverde zorg niet in overeenstemming was met de wettelijke eisen.⁸⁶

4.3. Het recht op goede zorg: artikelsgewijs

§ 4.3.1. Artikel 5 WCZ

Het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg geeft de volgende definitie aan 'goede zorg':

“Zorg van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en waarbij de zorgverleners, met gebruikmaking van de geschikte hulpzaken, handelen in

⁸³ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 11

⁸⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 3

⁸⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 21

⁸⁶ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 29-30

overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard.”⁸⁷

Zorgaanbieders die de alternatieve geneeskunst uitoefenen hebben veelal geen professionele standaarden. Daarom zijn zij uitgezonderd van het bovenstaande lid. Deze zorgaanbieders moeten zich houden aan artikel 5 lid 2 WCZ, die vertelt dat de aangeboden zorg niet mag leiden tot (een grote kans op) schade voor de gezondheid van de cliënt. Indien dat wel gebeurt, grijpt de inspectie in.⁸⁸

In de Memorie van Toelichting van de WCZ wordt vermeld dat de huidige beleidskaders en indicatoren voor verantwoorde zorg ook in de nieuwe wet van toepassing blijven. De reden hiervoor is dat ‘goed hulpverlenerschap’ uit de Wet BIG en ‘verantwoorde zorg’ uit de Kwaliteitswet geïntegreerd zijn. Volgens de MvT bevordert dit de eenduidigheid en voorkomt het discussies over de verschillen in reikwijdte tussen beide verplichtingen. Het nieuwe begrip ‘goede zorg’ sluit beter aan bij het begrip dat in Europa gangbaar is, namelijk zorg van hoog niveau.⁸⁹

De elementen van goede zorg

De zorgverlener dient er zorg voor te dragen om zorg van een technisch *goed niveau* te leveren. Ten tweede is het belangrijk om de zorg af te stemmen op wat de cliënt nodig heeft in verband met zijn gezondheidsklachten. Zorgaanbieders moeten kwalitatief goede zorg leveren, die *afgestemd* is op de behoeften van de cliënt. Hierbij moeten zij – op basis van de voor hen geldende professionele standaarden – steeds de meest *doelmatige* en *doeltreffende* zorgmogelijkheid kiezen. Dit betekent dat er telkens een belangenafweging gemaakt moet worden en per geval gekeken moet worden naar de te verwachten effecten van de zorg op de cliënt en tegelijk naar de daaraan verbonden kosten. Deze moeten namelijk passend en aanvaardbaar zijn. Het is belangrijk dat zorgverleners zich aan richtlijnen en standaarden houden en niet zomaar afwijken. Hierbij is het principe ‘pas toe of leg uit’ van toepassing. Soms kunnen er goede redenen zijn waarom men in een individueel geval moet afwijken.

Een ander element van goede zorg dat expliciet in het wetsvoorstel wordt genoemd, is *tijdigheid*. Gedurende de zorgrelatie is de aanbieder gehouden om de zorg *tijdig* aan de cliënt te leveren. Tevens moet de zorgaanbieder zich tijdens de uitvoering richten op de kwaliteit en *veiligheid*. Er moet sprake zijn van een goede organisatie, die onder meer tot uiting komt in een goede interne communicatie en voldoende bekwaam personeel. Er moet

⁸⁷ Art 5 lid 1 Wcz.

⁸⁸ Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr 3, p. 103-104

⁸⁹ Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr 3, p. 39-40

gezorgd worden voor voldoende en geschikt materiaal en – voor zover nodig – ook voor geschikte bouwkundige voorzieningen. Verder moet het duidelijk zijn wie welke werkzaamheden mag uitvoeren, wie verantwoordelijk is en hoe er verantwoording wordt afgelegd. De verantwoordingsplicht is nieuw ten opzichte van de Kwaliteitswet.⁹⁰

§ 4.3.2. Artikel 6 WCZ

De cliënt heeft volgens art. 6 van de WCZ de plicht om de zorgaanbieder naar beste weten de inlichtingen en medewerking te verschaffen die nodig zijn voor het kunnen verlenen van goede zorg. Daarbij mag de zorgverlener verwachten dat de cliënt meewerkt aan de behandeling, verpleging en verzorging. Hierbij is de cliënt zelf verantwoordelijk voor het zo goed mogelijk informeren van de zorgaanbieder, voor het meedenken en meebeslissen over de behandeling en instructies, het opvolgen van adviezen en het in acht nemen van leefregels.

In het wetsvoorstel zijn geen expliciete sancties opgenomen voor het geval dat de cliënt zijn plichten niet nakomt. Er is van uitgegaan dat in geval van onvoldoende medewerking de zorgaanbieder zijn verplichtingen niet naar behoren kan nakomen en daarom wel verminderd aansprakelijk kan worden gehouden. Dit moet volgens de wetgever een voldoende stimulans zijn om mee te werken.

De voornaamste bedoeling van dit artikel is dat de wederzijdse relatie tussen cliënt en zorgaanbieder via ‘tweezijdige algemene voorwaarden’ een duidelijke plek krijgt in de zorgpraktijk.⁹¹

§ 4.3.3. Artikel 7 WCZ

Dit artikel verplicht de zorgaanbieder om de zorgverlening op een zodanige wijze te organiseren dat het zowel kwalitatief als kwantitatief gezien moet leiden tot het verlenen van goede zorg. Het bereiken van goede zorg vergt een aaneensluitende keten van vroegtijdige onderkenning van een aandoening, zelfmanagement en passende zorg. Om dit te bereiken moeten de personele en materiële middelen, bouwkundige voorzieningen, toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten in orde zijn.⁹²

De regering heeft ervoor gekozen om geen specifiek artikel over ketenzorg in het wetsvoorstel op te nemen, omdat voor de regels van afstemming van zorg tussen zorgverleners en tussen zorgaanbieders in art. 7 WCZ is voorzien. Het recht op goede zorg

⁹⁰ Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 3, p. 40

⁹¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 4-5

⁹² Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 44

legt de zorgaanbieders de plicht om de zorg zo te organiseren opdat de cliënt goede zorg, die goed is afgestemd, krijgt. Dit geldt dus ook voor de organisatie van ketenzorg. Afstemming wordt volgens de regering als een procesmatige randvoorwaarde voor goede zorg gezien en hoeft niet te worden gespecificeerd.⁹³

§ 4.3.4. Artikel 8 WCZ

Indien het veld de norm 'goede zorg' onvoldoende invult, zal eventueel gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid die dit wetsvoorstel biedt, namelijk de norm bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nader omschrijven.⁹⁴ Artikel 8 voorziet in de mogelijkheid dat er ten aanzien van de bij de maatregel aangewezen categorieën van zorgaanbieders, regels worden gesteld met betrekking tot het gebruik en periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles van bij of krachtens die maatregel aan te wijzen apparatuur die bij de zorgverlening wordt gebruikt. Tevens kan indien het kwaliteitsniveau van de zorg dit vereist, de bij de artikelen 5, eerste lid, en 7 gestelde regels nader worden omschreven.

§ 4.3.5. Artikel 9 WCZ

Door middel van art. 9 WCZ zijn er twee andere cliëntenrechten in de WCZ opgenomen. Ten eerste krijgt de cliënt het recht dat de zorgaanbieder gedurende zijn verblijf in een accommodatie geestelijke verzorging beschikbaar moet stellen die zoveel mogelijk aansluit bij zijn godsdienst of levensovertuiging. Ten tweede wordt de zorgaanbieder verplicht om onderzoek te doen naar de leefwensen van de betrokken cliënten als er een huisvestingsplan voor de lange termijn wordt opgesteld, een ingrijpende verbouwing plaatsvindt, sprake is van nieuwbouw of verhuizing van de accommodatie.⁹⁵

§ 4.3.6. Artikel 10 WCZ

Middels artikel 10 van het wetsvoorstel wordt een wettelijke basis neergelegd, waarbij de wetgever wil dat er stelselmatig wordt nagegaan of bij de gekozen structuur en inzet van mensen en middelen nog steeds goed werk kan worden verricht. De zorgaanbieder moet zorg dragen voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. De uitwerking hiervan wordt aan de zorgaanbieders overgelaten, omdat zij sterk afhankelijk is van de aard en de omvang van de geleverde zorg. In het tweede lid van dit

⁹³ Kamerstukken II 2011/12, 32 402, nr. 9, p. 29

⁹⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 11

⁹⁵ Art. 9 Wcz

artikel wordt de nadruk gelegd op het bijhouden van een register, waarin feiten zijn opgeslagen betreffende het zorgproces en eventuele daarop gebaseerde analyserapporten, die beogen inzicht te geven in de kwaliteit van het zorgproces. Gegevens moeten op een systematische wijze worden verzameld; geregistreerd; getoetst of de wijze van uitvoering leidt tot goede zorg; en dat op basis van de uitkomst van de toetsing zonodig de wijze waarop art. 7 wordt uitgevoerd wordt veranderd.

Het doel van dit register is dat het inzicht geeft waarvan men kan leren, maar dat het ook als basis kan dienen om verantwoording af te leggen over de geleverde prestaties. Voor een goed werkend kwaliteitssysteem zijn gegevens over de verleende zorg noodzakelijk. Tot deze gegevens behoren ook de meldingen over incidenten of bijna-incidenten. Om tot een zo groot mogelijk aantal meldingen over de zorgverlening te komen, wordt aan de veiligheid van de melder of van degene over wie wordt gemeld, grote waarde gehecht. Dit wordt ook wel het 'Veilig Incident Melden' (VIM), genoemd. Het VIM wordt in art. 11 nader geregeld.⁹⁶

§ 4.3.7. Artikel 11 WCZ

Dit artikel is nieuw en opgenomen doordat de praktijk de wenselijkheid ervan duidelijk heeft gemaakt. In 2007 en 2008 zijn er twee rechterlijke uitspraken gedaan, waarin het belang van veilig incident melden is gewogen. In het eerste lid van dit artikel wordt bepaald dat voor de verwerking van gegevens ten behoeve van het kwaliteitssysteem (art. 10) de toestemming van de betrokkene dankzij art. 11 niet vereist is, indien de verwerking noodzakelijk is voor de goede systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Deze gegevens zijn afkomstig van een interne melding van een incident of een bijna-incident.⁹⁷ Het tweede lid verplicht de zorgaanbieder een schriftelijke, interne procedure vast te leggen, waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten. Een dergelijke procedure moet medewerkers een stappenplan bieden, dat duidelijk maakt wat van hen wordt verwacht als zij worden geconfronteerd met situaties waarin calamiteiten of geweld plaatsvinden. Overigens moet in de procedure ook worden vastgelegd bij welke functionarissen men terecht kan voor het melden van calamiteiten of geweld. Bovendien moet op grond van het derde lid, de procedure zodanig ingericht zijn dat zij snel en adequate bescherming biedt en het nemen van maatregelen mogelijk maakt. De procedure moet ook waarborgen dat van persoonsgegevens geen kennis kan worden genomen door anderen. Voorts voorziet het vierde lid in de mogelijkheid bij of krachtens

⁹⁶ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 107-108

⁹⁷ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 108

algemene maatregel van bestuur vast te stellen uit welke elementen de procedure minimaal moet bestaan.⁹⁸

Met het oog op situaties waarin de cliënt niet of niet meer in staat is instemming te geven of waarin het (hogere) belang van bescherming van de afhankelijke cliënt toch actie van de zorgverlener verlangt, voorziet het vijfde lid van art. 11 dat de zorgverlener zonodig zonder toestemming gegevens kan verstrekken die noodzakelijk zijn voor het onderzoeken van een incident. In beginsel is het namelijk zo dat de zorgverlener dergelijke informatie niet zonder toestemming van de cliënt mag doorgeven.⁹⁹

Het zesde lid bevat een voorziening die ervoor zorgt dat de gegevens over de verleende zorg, die de zorgaanbieder gebruikt ten behoeve van zijn kwaliteitssysteem, in beginsel niet ten nadele van de betrokkenen kunnen worden gebruikt. Gegevens uit deze registers kunnen niet zomaar worden gebruikt voor het nemen van maatregelen tegen betrokkenen bij een incident, tenzij het gaat om geweld in de zorgrelatie of een calamiteit. Wanneer er sprake is van een vermoeden van een strafbaar feit en de gegevens absoluut nodig zijn, dan dient het Openbaar Ministerie de gegevens zoals die zijn opgenomen in de registers van het kwaliteitssysteem wel te kunnen inzien.¹⁰⁰

De gegevens over intern gemelde incidenten worden met het zevende lid wettelijk beschermd tegen openbaarheid. De IGZ heeft als toezichthouder wel toegang tot de gegevens.¹⁰¹

In het laatste lid van art. 11, lid 8, wordt de zorgaanbieder die zorg draagt voor een register als bedoeld in art. 10 lid 2 verantwoordelijk gesteld voor de bescherming van de gegevens in het register.¹⁰²

§ 4.3.8. Artikel 12 WCZ

In artikel 12 van de WCZ krijgt de zorgaanbieder de plicht om iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden, geweld in de zorgrelatie en situaties waarin de samenwerking met een zorgverlener wordt verbroken wegens disfunctioneren, te melden bij de inspectie. De meldingen over het disfunctioneren stellen de IGZ in staat toe te zien op de verdere activiteiten van de betrokken zorgverlener, waarmee situaties zoals die van de “Twentse neuroloog” kunnen worden voorkomen.¹⁰³ De landelijke artsenfederatie, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), vindt het

⁹⁸ Kamerstukken II 2010/2011, 32 402, nr. 7, p. 39-40

⁹⁹ Kamerstukken II 2010/2011, 32 402, nr. 7, p. 40

¹⁰⁰ Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 3, p. 110

¹⁰¹ Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 3, p. 111

¹⁰² Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 3, p. 111

¹⁰³ Kamerstukken II 2010/2011, 32 402, nr. 7, p. 32

melden (bij de IGZ) van de beëindiging van de samenwerking tussen zorgaanbieder en zorgverlener op grond van het oordeel van de zorgaanbieder over de wijze van functioneren, een slechte ontwikkeling. De achterliggende doelstelling is volgens de KNMG begrijpelijk, maar de voorgestelde meldplicht heeft onwenselijke effecten voor artsen en streeft haar doel voorbij. Volgens de KNMG is deze meldplicht te snel van toepassing, biedt artsen onvoldoende rechtsbescherming en is (voor de Inspectie) onuitvoerbaar.¹⁰⁴

‘Geweld in de zorgrelatie’ zoals bedoeld in art. 12 lid 1 sub b, omvat enerzijds het seksueel binnendringen van het lichaam van de cliënten en ontucht met de cliënt. Anderzijds omvat de definitie geweld: mishandeling, iemand een ander door geweld of enige andere feitelijkheid of door bedreiging daarmee wederrechtelijk dwingen iets te doen, niet te doen of te dulden (dwang in de zin van art. 284 Wetboek van Strafrecht).¹⁰⁵

Door incidenten bij de IGZ te melden kan volgens de wetgever een belangrijk voordeel behaald worden in de bestuurlijke handhaving. De IGZ kent daarbij een systematisch handhavingskader en treedt op als er sprake is van een situatie die een bedreiging kan vormen voor de veiligheid van cliënten of de zorg, of het belang van goede zorg anders vergt. De IGZ beoordeelt of er stappen moeten worden gezet. Aan de hand van de opgestelde criteria wordt besloten of er wordt ingegrepen. Volgens de Memorie van Toelichting is dit een hele belangrijke verandering en verbetering ten opzichte van de huidige situatie waarin geen sprake is van rechtstreeks toezicht op de naleving van de patiëntenrechten uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De IGZ krijgt nu de taak om toezicht te houden op de naleving van verplichtingen voor de zorgaanbieder, voortvloeiend uit de rechten van cliënten.¹⁰⁶

In het tweede lid van artikel 12 is vastgelegd dat de zorgaanbieder en zorgverleners, bij en naar aanleiding van een melding aan de toezicht belaste ambtenaar de (persoons)gegevens, de gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, verstrekken die voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn. Dit moet uitsluitend met de volgende doelstellingen gebeuren:

- de IGZ in staat stellen om haar wettelijke taak in het kader van het bevorderen van de volksgezondheid uit te voeren

¹⁰⁴ KNMG 2011-II, p. 2

¹⁰⁵ Kamerstukken II 2010/2011, 32 402, nr. 7, p. 32

¹⁰⁶ Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 3 p. 31-32

- het waarborgen van de veiligheid van de cliënt en de zorg en de naleving van de rechten van cliënten.¹⁰⁷

4.4. Conclusie

De invoering van het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg, geeft cliënten o.a. het individueel afdwingbare recht op goede zorg. Door de norm op deze manier op te stellen, wordt volgens de wetgever het belang van het leveren van goede zorg extra benadrukt. De herformulering tot een direct recht heeft de doelstelling om het voor de cliënt eenvoudiger te maken om dat recht tegenover de zorgaanbieder in stelling te brengen. Hoewel het voor de afdwingbaarheid juridisch gezien niet veel uitmaakt, vindt de wetgever dat de formulering in rechten de beoogde paradigmashift (*de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg*) het beste dient.

De zorgaanbieder levert 'goede zorg' indien het voldoet aan de aspecten die zijn omschreven in art. 5 lid 1 WCZ. De geleverde zorg moet namelijk, van goed niveau, veilig, doeltreffend, cliëntgericht, tijdig geleverd, afgestemd op de behoeften van de cliënt zijn en met gebruikmaking van de geschikte hulpzaken geleverd worden. Bovendien moeten de personen die de zorg verlenen handelen conform de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard. Zorgaanbieders die de alternatieve geneeskunst uitoefenen hebben veelal geen professionele standaarden. Daarom zijn zij uitgezonderd van het bovenstaande lid. Deze zorgaanbieders moeten zich houden aan artikel 5 lid 2 WCZ, die vertelt dat de aangeboden zorg niet mag leiden tot (een grote kans op) schade voor de gezondheid van de cliënt. Indien dat wel gebeurt, grijpt de inspectie in. Ook moet de zorgaanbieder de zorgverlening op een zodanige wijze organiseren dat het zowel kwalitatief als kwantitatief gezien leidt tot het verlenen van goede zorg (art. 7 WCZ). Hiermee verplicht het wetsvoorstel de zorgaanbieders tot onderlinge afstemming en coördinatie die zowel tussen diverse hulpverleners binnen de organisatie als met andere zorgaanbieders, moet plaatsvinden.

Tevens moeten zorgaanbieders zorg dragen voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg (art. 10 lid 1). Dit wordt volgens het wetsvoorstel bereikt door het hanteren van een kwaliteitsregister en het op basis van de resultaten zonodig veranderen van de wijze waarop art. 7 wordt uitgevoerd.

Artikel 11 Wcz geeft de zorgaanbieder de mogelijkheid om de persoonsgegevens van cliënten betreffende de intern gemelde incidenten zonder toestemming te verwerken in een kwaliteitsregister, indien dit noodzakelijk is voor de goede werking van de systematische

¹⁰⁷ Kamerstukken II 2010/2011, 32 402, nr. 7, p. 37-38.

bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Deze gegevens vallen onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en zijn niet openbaar. Conform dit artikel wordt de zorgaanbieder ook verplicht gesteld om een schriftelijke interne procedure vast te stellen waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten. Verder krijgt de zorgaanbieder in artikel 12 WCZ de plicht om iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden; geweld in de zorgrelatie; en de opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een overeenkomst met een zorgverlener op grond van zijn oordeel over de wijze van functioneren van de zorgverlener, te melden.

Naast deze plichten van de zorgaanbieder, krijgen de patiënten ook een wettelijke plicht. De cliënt heeft volgens art. 6 van de WCZ de plicht om de zorgaanbieder naar beste weten de inlichtingen en medewerking te verschaffen die nodig zijn voor het kunnen verlenen van goede zorg. De voornaamste bedoeling van dit artikel is dat de wederzijdse relatie tussen cliënt en zorgaanbieder via 'tweezijdige algemene voorwaarden' een duidelijke plek krijgt in de zorgpraktijk.

Hoofdstuk 5: Gevolgen van de invoering van het ‘recht op goede zorg’

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de invoering en de daarop volgende gevolgen van het recht op goede zorg centraal. In de tweede paragraaf zullen de veranderingen die de invoering met zich meebrengt worden behandeld.

5.2. Wat gaat er veranderen in de huidige wetgeving?

§ 5.2.1. De reikwijdte van de cliëntenrechten neemt toe

De huidige WGBO-rechten gelden primair in situaties waarin sprake is van een behandelingsovereenkomst. Deze bepaling komt met een eventuele komst van de WCZ te vervallen. De patiëntenrechten van de WCZ gaan straks gelden voor alle zorgrelaties, althans voor zover sprake is van zorg of diensten zoals omschreven in de AWBZ of Zvw en op de overige handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.¹⁰⁸

In de WCZ wordt deels nieuwe terminologie gebruikt ten opzichte van de huidige WGBO. De term patiënt verandert in cliënt en het begrip zorgaanbieder moet ruimer worden opgevat: de natuurlijke persoon, het verband van natuurlijke personen én de rechtspersoon.¹⁰⁹ Dit betekent dat straks alle zorgverleners, los van samenwerkings- of rechtsvorm, de cliëntenrechten moeten respecteren.

Zo geldt in de WCZ de bepaling van het recht op goede zorg ook gedeeltelijk voor alternatieve zorgaanbieders. Artikel 5 lid 2 WCZ verplicht alternatieve zorgaanbieders om slechts zorg te leveren die buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt. In geval van excessen kan de IGZ optreden, waarmee ook de alternatieve zorgaanbieders (indirect) onder toezicht komen te staan.¹¹⁰

§ 5.2.2. De elementen van goede zorg worden uitgebreid

In de WCZ zijn de begrippen ‘verantwoorde zorg’ uit de Kwaliteitswet en de Wet BIG en ‘zorg van een goed hulpverlener’ uit de WGBO, geïntegreerd tot het begrip ‘goede zorg’. De

¹⁰⁸ Hendriks 2010, p. 607-608

¹⁰⁹ Art. 1 lid 1 onder b WCZ

¹¹⁰ Hendriks 2010, p. 608

inhoud en reikwijdte van de aanspraak op goede zorg, verandert met de zich in de praktijk ontwikkelende wetenschappelijke normen. Dat er sprake is van een dynamische norm, verandert niets aan de aard van de wettelijke norm; een resultaatsverplichting. Het resultaat moet zijn dat goede zorg is / wordt verleend. Dit is een verandering t.o.v. de huidige wetgeving. Overigens betekent dit niet dat er nu een verplichting ontstaat om de behandeling succesvol te doen zijn.¹¹¹

In de definitie van goede zorg, art. 5 lid 1 WCZ, zijn enkele nieuwe elementen opgenomen. De eisen van goede zorg zijn uitgebreid met 'tijdigheid' en 'veiligheid'. Het tijdigheidselement wordt expliciet in het wetsvoorstel genoemd, omdat de zorgaanbieder gehouden is om de cliënt tijdig zorg te geven.

De reden om het begrip veiligheid in de definitie op te nemen en het daarmee een expliciete verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder te maken, is om er voor te zorgen dat er minder fouten worden gemaakt dan nu het geval is en om het belang ervan te benadrukken. De wetgever is er namelijk van overtuigd dat veiligheid in de dagelijkse organisatie van de zorg centraal moet staan, want de ervaringen uit het bedrijfsleven hebben geleerd dat de veiligheid van zorg sterk vergroot kan worden als daar gericht op wordt gestuurd.¹¹²

Ten slotte is de norm 'professionele standaard' toegevoegd aan de definitie van 'goede zorg'. Dit om te benadrukken dat de zorgaanbieder een eigen verantwoordelijkheid heeft bij het bepalen van wat in het concrete geval 'goede zorg' is.¹¹³

Eén van de oorspronkelijke doelen van de introductie van het begrip 'goede zorg' was dat het de veronderstelde verschillen in reikwijdte die ontstaan waren door de verplichtingen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap', zou wegnemen. Met de komst van de Nota van Wijziging in juli 2011 is besloten dat de WGBO blijft bestaan. Er wordt afgeweken van het oorspronkelijke doel. Het is nu de vraag in hoeverre de onduidelijkheid is weggenomen. Wel is het zo dat 'goede zorg', het aspect dat de zorg volgens de professionele standaard moet verleend worden, beter tot uitdrukking brengt dan het begrip verantwoorde zorg.¹¹⁴

§ 5.2.3. Een verplichting voor de cliënt

In artikel 6 WCZ wordt een verplichting aan de cliënt opgelegd. De verplichting om naar beste weten de inlichtingen en medewerking te geven die nodig is voor het verlenen van

¹¹¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3 p. 102-103

¹¹² Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 40-41

¹¹³ Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3 p. 102-103

¹¹⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 39-40

goede zorg, is overgenomen van art. 452 WGBO. Om deze reden zal de invoering van de WCZ op dit gebied tot weinig veranderingen leiden.

De voornaamste bedoeling van dit artikel is dat de wederzijdse relatie tussen cliënt en zorgaanbieder via ‘tweezijdige algemene voorwaarden’ een duidelijke plek krijgt in de zorgpraktijk.¹¹⁵

De beslissing om de WGBO te handhaven en het feit dat dit artikel is afgeleid uit een WGBO-bepaling, brengt de vraag met zich mee wat de functie is van de opname van dit artikel in de WCZ.

In de Nota van Wijziging wordt hierover opgemerkt dat bij de overbrenging van de WGBO-bepalingen naar de WCZ, er rekening is – onder andere in verband met de toepasselijkheid van die wet op de langdurige zorg – gehouden met het eigen begrippenkader van de WCZ. Het verschil in formulering (patiënt vs. cliënt) is een logische consequentie van de onderbrenging in verschillende wettelijke kaders (WGBO vs. WCZ).

§ 5.2.4. Afstemming wordt verplicht

In artikel 7 van het wetsvoorstel is de inhoud van de artikelen 3 van de Kwaliteitswet en 40, lid 1, van de Wet BIG samengebracht. Deze bepalingen geven de zorgaanbieder de opdracht dat de zorgverlening zo ingericht moet worden dat goede zorg redelijkerwijs het resultaat moet zijn. Middels dit artikel valt de kwaliteit en kwantiteit van de personele en materiële middelen en bouwkundige voorzieningen onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Bij tekortkomingen kunnen ze worden aangesproken door de IGZ. Dit artikel voegt aan een goede organisatie van de zorgverlening ook de onderlinge afstemming tussen verschillende beroepsbeoefenaren toe.¹¹⁶ Een afstemmingsverplichting benadrukt dat de zorgaanbieder moet zorgen dat de voor hem werkzame hulpverleners de zorg die wordt verleend binnen een instelling, met elkaar afstemmen en dat zij zelf moeten zorgen dat zorgaanbieders en de voor hen werkzame hulpverleners de geleverde zorg met elkaar afstemmen. Dit geldt ook voor de zorg die over de grenzen van de instelling heen wordt geleverd. Deze verplichting brengt met zich mee dat indien ten gevolge van slechte coördinatie of afstemming fouten worden gemaakt, de betrokken zorgaanbieders daarvoor aansprakelijk zijn.¹¹⁷

Er moet een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden gedaan worden, zodat het één en ander redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. De zorgaanbieder moet om zijn verantwoordelijkheid van goede zorg te kunnen waarmaken, de zorgverlening zo organiseren dat de personen die daadwerkelijk de zorg verlenen verantwoording afleggen

¹¹⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 4-5

¹¹⁶ Hendriks 2010, p. 608

¹¹⁷ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 42

aan de zorgaanbieder.¹¹⁸ De reden hiervoor is dat dit artikel de civiel- en bestuursrechtelijke verantwoordelijkheid, op het gebied van goede zorg, bij het bestuur van de zorginstellingen neerlegt. Hiermee ontstaat een verschuiving in de verantwoordelijkheden.¹¹⁹

§ 5.2.5. De bevoegdheid om bij of krachtens AMvB nadere regels te stellen

Soms doen zich incidenten voor, die veroorzaakt worden door verkeerd gebruik en gebrekkig onderhoud van medisch apparatuur. Als reactie hierop is in artikel 8, onderdeel a, de mogelijkheid toegevoegd om bij AMvB voor aan te wijzen categorieën van zorgaanbieders regels te stellen met betrekking tot het gebruik en periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles van bij die AMvB aan te wijzen apparatuur.

In artikel 6 van de Kwaliteitswet was óók voorzien in de mogelijkheid om bij AMvB regels te stellen. Dit diende vooral als vangnet voor de gevallen waarin in bepaalde sectoren de globale normen van de wet onvoldoende invulling kreeg of deze invulling tot een te laag kwaliteitsniveau leidde. Deze mogelijkheid wordt middels art. 8, onderdeel b, van de WCZ gehandhaafd en aangevuld met de bevoegdheid voor de minister om krachtens de maatregel meer technische normen te stellen.¹²⁰

§ 5.2.6. Twee nieuwe rechten voor de cliënt

In artikel 9 WCZ zijn twee rechten voor de cliënt opgenomen. Deze rechten gaan over een accommodatie waar cliënten gedurende het etmaal verblijven. Bij invoering van de WCZ kan de cliënt daar desgewenst beroep op doen. De inhoud van onderdeel a is thans vervat in artikel 3 van de Kwaliteitswet, maar uit oogpunt van systematiek en om duidelijkheid te geven wordt er een afzonderlijke plaats in de wet gegeven.

Onderdeel b zal in de praktijk tot weinig verandering leiden. Het is een wettelijke neerslag van wat tot nu toe in beleidsregels op grond van de WTZi al was bepaald.¹²¹

§ 5.2.7. Systematische kwaliteitsbewaking voor kwaliteitsverbetering

De verplichting voor een systematische kwaliteitsbewaking is opgenomen in art. 10 van de WCZ. Dit artikel is gelijkloidend aan artikel 4, lid 1, van de kwaliteitswet en artikel 40, lid twee, van de Wet Big. In dit artikel worden een aantal organisatorische eisen opgesomd, waaraan een zorgaanbieder ter uitvoering van zijn plicht tot een systematische kwaliteitsbewaking, -beheersing en -verbetering moet voldoen. De uitwerking van deze

¹¹⁸ Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3, p. 104-105

¹¹⁹ Hendriks 2010, p. 608

¹²⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3, p. 105-106

¹²¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3, p. 107

eisen worden aan de zorgaanbieders overgelaten. Zij is namelijk sterk afhankelijk van de aard en de omvang van de zorgverlening.¹²²

§ 5.2.8. Kwaliteitssystemen moeten worden benut voor kwaliteitsverbetering

Van zorgaanbieders wordt verlangd dat zij er voortdurend naar streven om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren. Het wetsvoorstel verplicht zorgaanbieders om dat door middel van kwaliteitssystemen systematisch te doen. Het doel van een kwaliteitssysteem is om risico's ten aanzien van de kwaliteit van zorg, te beheersen. Door een goede registratie van feiten en gebeurtenissen betreffende de kwaliteit van de zorg, verkrijgt de zorgaanbieder hier zicht op. Deze data kan vervolgens gebruikt worden om ervan te leren of om verantwoording af te leggen over de geleverde prestaties.

Het is voor de kwaliteit van groot belang dat medewerkers incidenten en fouten melden en dat zij erop kunnen vertrouwen dat die gegevens in beginsel niet worden gebruikt voor andere doelen. Dit principe wordt in art. 11 van de WCZ wettelijk vastgelegd. Dit gebeurt in de vorm van een bepaling waarin is opgenomen dat de gegevens in de kwaliteitsregisters niet gebruikt mogen worden als bewijs (schuld, aansprakelijkheid) in een strafrechtelijke, tuchtrechtelijke of civielrechtelijke procedure, en evenmin als basis mogen dienen voor een disciplinaire of arbeidsrechtelijke maatregel of anderszins een bestuursrechtelijke sanctie of maatregel (artikel 11, zesde lid). Dit betekent niet dat de individuele verantwoordelijkheid voor de daden van de melder daarmee komt te vervallen. Bescherming betekent ook niet dat de mogelijkheid komt te vervallen om tegen de melder (of de dader indien dat een ander is dan de melder) maatregelen te treffen. In geval van opzettelijke fouten of grove nalatigheid moet de zorgaanbieder of de toezichthouder, altijd tegen de betrokken zorgverlener maatregelen kunnen nemen.

In sommige situaties is het voor een goede analyse van een incident in de zorgverlening noodzakelijk om de bijzondere kenmerken van de betrokken cliënt in aanmerking te nemen. In de huidige praktijk is het zo dat dit op basis van veronderstelde toestemming plaatsvindt, maar door het ontbreken van een wettelijke basis zijn er in de praktijk vragen en onduidelijkheden die ertoe kunnen leiden dat niet alle noodzakelijke gegevens in het kwaliteitsregister worden ingevoerd. Door dat dit de lerende werking van dit systeem beperkt, wil de wetgever daar van afstappen en met art. 11 eerste lid WCZ de bevoegdheid geven dat indien het voor de goede werking van het kwaliteitssysteem noodzakelijk wordt geacht, dat zonder toestemming van de betrokkene, persoonsgegevens betreffende intern gemelde

¹²² Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3, p. 107

incidenten, verwerkt kunnen worden. Hiermee worden de zorgaanbieders beter in staat gesteld om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren.¹²³

Eerder zijn in § 4.3.7. de overige bepalingen van artikel 11 uitvoerig besproken.

§ 5.2.9. Op een veilige manier incidenten melden

In artikel 12 van de WCZ krijgt de zorgaanbieder de plicht om iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden, geweld in de zorgrelatie en situaties waarin de samenwerking met een zorgverlener wordt verbroken wegens disfunctioneren, te melden bij de inspectie. Dit artikel is geen onbekende. In 2005 was dit artikel in de Kwaliteitswet ingevoegd als artikel 4a. De overdracht naar dit wetsvoorstel is wenselijk, zodat de IGZ ook op de hoogte kan zijn van de (ernstige) incidenten.¹²⁴

§ 5.2.10. Zorgaanbieder verantwoordelijk voor goede zorg

De wetgever wil op basis van verschillende artikelen, het recht op goede zorg van de cliënt, garanderen. De verschillende wetsbepalingen proberen dit als volgt te waarborgen.

- Door middel van artikel 5, eerste lid, wordt de zorgaanbieder verantwoordelijk gemaakt voor het verlenen van goede zorg. Zij kunnen door een klachtenprocedure en geschillenbehandeling hierop worden aangesproken.
- Individuele beroepsbeoefenaren kunnen op basis van het tuchtrecht, het strafrecht en het civiele recht worden aangesproken.
- Het recht op goede zorg kan zonodig door zowel de cliënt als de toezichthouder (IGZ) worden afgedwongen.
- Het instellingsbestuur is primair verantwoordelijk voor goede zorg.
- Art. 7 verplicht de zorgaanbieder de organisatie van de zorgverlening zo inrichten dat de bevoegdheden en verantwoordingsplichten binnen zijn organisatie zo zijn belegd dat ze redelijkerwijs leiden tot goede zorg. Het instellingsbestuur kan dan een ieder (al dan niet in maatschapsverband) die binnen de instelling werkt, aanspreken op het leveren van goede zorg.

¹²³ Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3, p. 45-46

¹²⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3, p. 47

De wetgever heeft als doelstelling dat dit wetsvoorstel bijdraagt aan de ontwikkeling van een cultuur waarin kwaliteit, veiligheid en openheid, als leidraad dienen. Voor de ontwikkeling van deze cultuur wordt het instellingsbestuur verantwoordelijk gesteld.¹²⁵

5.3. Conclusie

De invoering van het 'recht op goede zorg' conform de WCZ zal tot verschillende veranderingen in de huidige wetgeving leiden. Deze veranderingen kunnen als volgt worden geresumeerd:

- De WCZ bepalingen gaan in alle zorgrelaties gelden.
- Cliënten die gebruik gaan maken van de alternatieve geneeskunde krijgen óók het recht op goede zorg. Dit in een beperktere vorm.
- De elementen van goede zorg worden uitgebreid met tijdigheid en veiligheid.
- Het recht op goede zorg, wordt een resultaatsverplichting. De geleverde zorg moet goed zijn en daarmee voldoen aan de normen.
- Het afstemmen van de zorg wordt wettelijk verplicht.
- De eindverantwoordelijkheid van de zorg verschuift naar het instellingsbestuur.
- Bij of krachtens AMvB kunnen er nadere regels gesteld worden voor aan te wijzen categorieën van zorgaanbieders met betrekking tot het gebruik en periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles van bij die AMvB aan te wijzen apparatuur.
- Cliënten krijgen het recht op de beschikbaarheid van geestelijke verzorging die zoveel mogelijk aansluit bij de levensovertuiging van de cliënt.
- Cliënten krijgen het recht dat ingeval van een ingrijpende verandering in de woonomstandigheden, er onderzoek wordt gedaan naar de leefwensen van de betrokken cliënten.
- Het benutten van kwaliteitssystemen voor de kwaliteitsverbetering wordt verplicht. Dit moet systematisch gebeuren.
- Het wetsvoorstel voorziet in de bescherming dat de gemelde incidenten en fouten niet voor andere doeleinden zullen worden gebruikt.
- Iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden, geweld in de zorgrelatie en situaties waarin de samenwerking met een zorgverlener wordt verbroken wegens disfunctioneren, moeten verplicht aan de IGZ gemeld worden.

¹²⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3 p. 47

Hoofdstuk 6: De WCZ lost de problemen op?

6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden onderzocht in hoeverre de tekortkomingen van het huidige recht op goede zorg worden opgelost met het tweede hoofdstuk van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. De tekortkomingen waren eerder in de paragrafen § 2.2.3 en § 2.3 aan bod gekomen. Hierbij zullen o.a. het adviesrapport van de Raad van State en de reactie van de landelijke artsenfederatie (KNMG) op de WCZ aan de orde komen. Bij het adviesrapport van de Raad van State moet wel opgemerkt worden dat het rapport gebaseerd is op de eerste versie van het wetsvoorstel en dat daarom alleen de adviespunten, die nog geldig zijn na de nota van wijzigingen, worden besproken.

6.2. De knelpunten vs. hoofdstuk 2 van het wetsvoorstel

In de huidige wetgeving is het zo dat het recht op goede zorg voortvloeit uit verplichtingen die op de zorgaanbieder rusten. Volgens de wetgever kan de herformulering van dit recht tot een direct recht, het voor de cliënt eenvoudiger maken om dat recht tot uitdrukking te brengen.¹²⁶ Echter, concludeert de inspectie van de gezondheidszorg dat de patiëntenrechten in Nederland juridisch goed zijn geborgd en dat patiënten in het algemeen voldoende formele mogelijkheden hebben om hun rechten te realiseren. De inspectie vindt het wel noodzakelijk dat instellingen en beroepsbeoefenaren de praktische toepassing van de patiëntenwetgeving verbeteren, maar ziet geen noodzaak voor een ingrijpende wetsherziening. De inspectie constateert dat de tekortkomingen hun oorzaak vinden in de organisatie van de zorg en voor een belangrijk deel ook in de communicatie en de voorlichting.¹²⁷

Een ander besproken knelpunt uit de huidige praktijk is dat de concrete inhoud van de normen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap' onduidelijk zijn. Cliënten weten niet wat ze daar onder moeten verstaan. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft namelijk geconstateerd dat de cliënten moeilijk kunnen achterhalen wat ze in een concrete situatie van een zorgaanbieder mogen verwachten. Volgens de RVZ is de aanpak door middel van een nieuwe, alomvattende wetgeving daar niet de oplossing voor. Gedetailleerde wetgeving kan juist verstarrend werken. De RVZ stelt voor om de bestaande wetgeving aan te passen en de toegankelijkheid van de patiëntenrechten te verhogen. Het voorstel van de Raad is dat dit door het instellen van een kennis- en adviescentrum kan gebeuren. In een ander advies (Signalement «Goed patiëntschap») van de RVZ uit 2008,

¹²⁶ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 21

¹²⁷ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 2-3

wordt geconcludeerd dat patiënten moeten worden gestimuleerd tot een actieve betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van hun behandeling. Hiervoor moeten volgens de RVZ niet zozeer nieuwe juridische en financiële instrumenten worden ingezet, maar moeten beschikbare instrumenten beter worden benut en moeten patiënten door middel van goede communicatie worden aangesproken op hun gedrag en verantwoordelijkheid. In dat rapport wordt nogmaals de nadruk gelegd dat nieuwe wetgeving niet de oplossing is om de bestaande rechten van cliënten te versterken. Voorlichting over cliëntenrechten en stimulering van het gebruik daarvan liggen meer voor de hand dan een wetsvoorstel zoals de WCZ. De Raad van State (RvS) leidt uit de verschillende rapportages van de RVZ en de IGZ af, dat er in het belang van de cliënten in de gezondheidszorg aanleiding is voor maatregelen gericht op het verbeteren van de mogelijkheden om feitelijk gebruik te maken van bestaande rechten van cliënten. Volgens de RvS liggen deze maatregelen in de sfeer van betere informatie en communicatie en in de organisatie van de zorg binnen de zorginstellingen. Het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg, waarbij grote veranderingen worden gebracht in de huidige wetgeving, sluit daarentegen niet aan op de gesignaleerde knelpunten in de dagelijkse uitoefening van cliëntenrechten.¹²⁸

De onduidelijkheid / ontoegankelijkheid die ontstaat doordat de normen van goede zorg in de huidige wetgeving globaal zijn geformuleerd, worden met de WCZ niet weggenomen. De elementen van het recht op goede zorg worden uit de huidige wetgeving op dezelfde manier overgenomen en allen maar aangevuld met tijdig- en veiligheid. Het referentiekader (§ 2.2.3.) dat in de huidige wetgeving ontbreekt, en door zowel de RVZ als de IGZ als een zeer ernstig probleem wordt beschouwd, wordt dus hiermee ook in het wetsvoorstel niet opgelost.

Volgens de Raad van State moet ingeval van individuele afdwingbaarheid van cliëntenrechten er duidelijkheid bestaan omtrent de inhoud van de cliëntenrechten. Het moet duidelijk zijn wanneer wel en niet aan de verplichtingen wordt voldaan. Bovendien moet bij een wet die vanuit het perspectief van de cliënt wordt geformuleerd, duidelijkheid bestaan over de inhoud en reikwijdte van de aanspraak. De RvS concludeert dat het wetsvoorstel die duidelijkheid mist.¹²⁹

De invoering van de WCZ geeft naast het recht op goede zorg, ook het individuele recht op een zodanige organisatie van de zorgverlening dat die redelijkerwijs leidt tot goede zorg (art. 7 WCZ), evenals het recht op systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg door de zorgaanbieder (art. 10 WCZ) aan de cliënt. Het betreft hier vooral de als individueel recht geformuleerde verplichtingen, die thans gelden op grond

¹²⁸ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 3

¹²⁹ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 7

van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Volgens de RvS gaat het hier om verplichtingen die de overheid van de instellingen kan afdwingen en die tot gevolg heeft dat de cliënt zich verzekerd mag weten van adequate zorg. Verplichtingen die te maken hebben met de bedrijfsvoering van een organisatie, kunnen volgens de RvS niet als individuele rechten worden geformuleerd. Een individueel afdwingbaar cliëntenrecht staat niet tegenover de verplichtingen die thans uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen voortvloeien. “De naleving van dergelijke rechten kan niet worden verzekerd door individuele rechten, maar wordt afgedwongen via toezicht door de betrokken inspecties. De Raad is van oordeel dat ook in dit opzicht differentiatie van rechten nodig is.”¹³⁰

De Raad van State merkt verder op dat het wetsvoorstel spreekt over vele cliëntenrechten, maar zich onthoudt over de plichten van de cliënt. Er wordt alleen één plicht uit de WGBO (art. 452) overgenomen in art. 6 van de WCZ. De Raad wijst daarbij op het gegeven dat het niet zo kan zijn dat een cliënt alleen maar rechten heeft en geen verplichtingen. De gekozen eenzijdige benadering vanuit het perspectief van cliëntenrechten kan voorts de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder onnodig onder druk zetten. De huidige eenzijdige benadering is niet rechtvaardig. Daarom is het op zijn plaats dat bij de versterking van de positie van de cliënt ook aan de plichten wordt gedacht. Het huidige wetsvoorstel voorziet bijvoorbeeld niet in sancties voor het geval dat de cliënt niet de vereiste medewerking zoals in art. 6 WCZ wordt omschreven, geeft.¹³¹

Volgens de Raad heeft de huidige wetgeving een andere vorm gekregen, met een gemengd karakter. Er zal in principe weinig veranderen, aangezien de bestaande rechten uit de behandelingsovereenkomsten onverkort van toepassing blijven. Hierbij stelt de Raad de terechte vraag van, waarom het regelen van de patiëntenrechten in alle zorgrelaties niet gerealiseerd zou kunnen worden door aanpassing van de WGBO.¹³² Tevens merkt de Raad van State op dat het voorstel tegen de achtergrond van de wens van de minister naar transparantie / zichtbare kwaliteit, voorbijgaat. Er zijn betrouwbare normen die geobjectiveerd kunnen bepalen wanneer wel en wanneer geen sprake is van goede zorg, maar zolang onduidelijk is wat de inhoud van het individuele, afdwingbare recht is, is ook niet duidelijk wanneer sprake is van schending van dat recht. Wat heeft de cliënt dan aan dergelijke rechten? De RvS vindt dat er wellicht meer wordt gesuggereerd dan kan worden waargemaakt.¹³³

¹³⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 7

¹³¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 14-15

¹³² Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 17

¹³³ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4, p. 8

6.3. Is het recht op goede zorg conform de WCZ gewenst?

In deze paragraaf zal de vraag, die is geformuleerd in de paragraaftitel, beantwoord worden vanuit meerdere perspectieven.

§ 6.3.1. De bevindingen van de KNMG

In de WCZ wordt omtrent de kwaliteit en veiligheid van de zorg sterk de nadruk op de (eind)verantwoordelijkheid van het instellingsbestuur gelegd. Het bestuur moet volgens art. 7 zorgen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat één en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg. Om dit te kunnen waarmaken, moet de zorgaanbieder de zorgverlening zo organiseren dat de hulpverleners, verantwoording afleggen. De KNMG heeft hier kritiek op. De genoemde verantwoordingsplichten worden in het wetsvoorstel niet ingevuld. Deze taak wordt aan het veld toegeschreven, waarmee het risico ontstaat om de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren aan te tasten. Bovendien moet voorkomen worden dat door het instellingsbestuur eindverantwoordelijk te stellen, de professionele verantwoordelijkheid van hulpverleners teveel onder druk komt te staan. Dit is ook belangrijk omdat de professionele standaard deel uitmaakt van het begrip 'goede zorg'. Een instellingsbestuurder mag volgens de KNMG niet de ruimte hebben om de professionele autonomie buiten beschouwing te laten, daarom dringt zij erop aan dat het respect voor de professionele autonomie expliciet uit de wettekst moet blijken.¹³⁴

Middels artikel 11, eerste lid, van de WCZ krijgt de zorginstelling de bevoegdheid om herleidbare patiëntengegevens betrekking hebbende op incidenten en bijna-incidenten, zonder toestemming van betrokkene te verwerken in kwaliteitsregisters voor zover dat noodzakelijk is voor de goede systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. De KNMG is tevreden over het feit dat dit punt juridisch wordt geregeld. Voor een goede analyse is het namelijk van belang dat gegevens soms enige tijd herleidbaar kunnen blijven. Echter, vindt de KNMG de regeling te beperkt geformuleerd, aangezien er in de zorg op veel meer manieren patiëntengegevens voor kwaliteitsdoeleinden worden verwerkt. Hierbij kan men denken aan complicatieregistraties, kwaliteitsvisitaties, audits, etc. De KNMG ziet voordelen in een algemeen geformuleerde regeling, dus niet beperkt tot interne meldingen inzake (bijna)incidenten, zodat deze regeling ook van toepassing is op andere kwaliteitssystemen.¹³⁵

¹³⁴ KNMG 2011-I, p. 6

¹³⁵ KNMG 2011-I, p. 7

De hoofdregel van art. 11 is dat gegevens uit incidentregistraties niet mogen worden gebruikt als bewijs in een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedure. Tevens kunnen zij niet dienen als basis voor een disciplinaire maatregel of een bestuurlijke sanctie / maatregel. Voor gebruik in een strafrechtelijke procedure geldt echter een uitzondering, namelijk dat de gegevens toch als bewijs kunnen worden gebruikt als zij redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen. De KNMG vindt dat de uitzondering voor het gebruik van gegevens door het OM te ruim is. Dat kan zijn weerslag hebben op het gebruik van het melden, en daarmee de mogelijkheid om van incidenten te leren wegnemen / beïnvloeden. De KNMG stelt voor om voor het OM helemaal geen uitzondering te laten gelden.

Aanbevelingen van de KNMG over het recht op goede zorg

De KNMG vindt de plaats van art. 6, betreffende de medewerkings- en informatieplicht van de cliënt, niet voor de hand liggend. Volgens de landelijke artsenfederatie zal dit artikel beter in de buurt van art. 16 WCZ geplaatst kunnen worden. Tevens bevelen zij aan om uitvoeriger en evenwichtiger de plichten van de patiënt in de wet op te nemen, bijvoorbeeld waar het gaat om een redelijke bejegening van de zorgaanbieder en de mensen die voor hem werken.¹³⁶

Verder vindt de KNMG dat er geen uitzondering moet zijn voor het OM m.b.t. het gebruiken van incidentregistraties als bewijs in een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedure. Nu is de uitzondering te ruim, daarom stellen zij i.p.v. art. 11 lid 6 WCZ de volgende formulering voor:

*“In afwijking van de eerste volzin kan de inhoud van een register voor het bewijs in een strafrechtelijke procedure worden gebruikt indien sprake is van opzet of grove nalatigheid aan de kant van de zorgaanbieder en het OM een machtiging heeft verkregen van de rechter-commissaris. De rechter-commissaris verstrekt de machtiging indien aannemelijk is dat de inhoud van het register onmisbaar is voor de procedure en de gegevens redelijkerwijze niet op een andere manier kunnen worden verkregen”.*¹³⁷

De KNMG heeft deze formulering gebaseerd op een vergelijkbare regeling uit de Nederlandse Wet luchtvaart. Het argument is daarom ook dat er geen reden is om in de gezondheidszorg wel ruimere uitzonderingen voor het OM te creëren dan in de luchtvaartsector.¹³⁸

¹³⁶ KNMG 2011-I, p. 23

¹³⁷ KNMG 2011-I, p. 24

¹³⁸ KNMG 2011-I, p. 24

Over art. 12 WCZ merkt de KNMG op dat niet-openbaarheid van calamiteiten als hoofdregel moet worden opgenomen in dit artikel.¹³⁹

Bevindingen KNMG over het wetsvoorstel in het algemeen

De KNMG vindt het een goede ontwikkeling dat de WCZ de individuele patiëntenrechten expliciet van toepassing verklaart op de care sector, meer duidelijkheid schept over de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur, het interne toezicht beter regelt en de professionele autonomie van zorgverleners gewaarborgd laat blijven. Verder vindt de KNMG het goed dat de aspecten van kwaliteitswetten, waaronder enkele collectieve patiëntenrechten, worden samengevoegd. Hiermee ontstaat volgens de artsenfederatie een meer gestroomlijnd kaderwet voor kwaliteit.

De KNMG vindt daarentegen dat de verantwoordelijkheidsverdeling bij ketenzorg, een adequate bescherming van de patiënten tegen vormen van alternatieve hulpverlening en het recht op beschik- en bereikbaarheid van zorg, niet goed zijn geregeld in de WCZ. Verder is de KNMG van mening dat de WCZ vooral is toegeschreven op (grote) zorginstellingen, omdat de wettelijke normen niet goed aansluiten op de praktijk van 'eenpitters' en van beroepsbeoefenaren die niet-medische zorg aanbieden (bijv. thuiszorg). Voor deze groepen brengt de WCZ veel administratieve lasten met zich mee, zonder dat de patiënt hiervan beter wordt. Overigens vindt de KNMG de hantering van de begrippen 'zorgaanbieder' (WCZ), 'zorgverlener' (WCZ) en de hulpverlener uit de WGBO naast elkaar, verwarrend.

De KNMG vindt de WCZ vooral een hybride regeling, waarbinnen individuele en collectieve patiëntenrechten door elkaar lopen, die privaat-, straf- en bestuursrecht vermengt en waarin de verhouding tot andere wetgeving (systematiek van het BW, Wet Bopz, etc.) onduidelijk is. De WCZ brengt veel verwarring met zich mee, omdat er verschillende regelingen ontstaan voor dezelfde situatie. De instandhouding van de WGBO is volgens de artsenfederatie een goede zaak, maar het vergroot wel de onduidelijkheid. Welke normen gaan er straks gelden bij een geneeskundige behandeling? Kortom, brengt dit volgens de KNMG te veel overlap en daarmee verwarring met zich mee.¹⁴⁰

§ 6.3.2. De bevindingen van de BoZ

Zorgaanbieders, verenigd in de Brancheorganisaties Zorg (BoZ), zien geen toegevoegde waarde van de WCZ. De kanttekeningen van de BoZ zijn als volgt:

- De samenhang met andere wetten is volkomen onduidelijk

¹³⁹ KNMG 2011-I, p. 7

¹⁴⁰ KNMG 2011-II, p. 1-3

- Het is effectiever om in plaats van de WCZ te integreren aanpassingen te realiseren in de WGBO
- De komst van de WCZ zal tot meer afstemmingsproblemen leiden
- De WCZ geeft geen antwoord op de spanning tussen doelmatigheid en betaalbaarheid enerzijds en kwaliteit anderzijds
- De eindverantwoordelijkheid bij de Raden van bestuur voor de kwaliteit van zorg zijn onvoldoende gewaarborgd
- De verantwoordelijkheid voor goede zorg van verzekeraars is onduidelijk
- Incidenten rond veiligheid zullen met de komst van de WCZ sneller bij de rechter belanden. De BoZ is voorstander van een regeling waarin het OM alleen meldingen krijgt van opzet of grove nalatigheid.¹⁴¹

§ 6.3.3. *De bevindingen van de cliëntenorganisaties*

Cliëntenorganisaties hebben door middel van een gezamenlijke brief (mei 2012) aan de Vaste Kamercommissie VWS gevraagd om de behandeling van de WCZ af te handelen en de WCZ zo snel mogelijk tot wet te maken.

Volgens de cliëntenorganisaties wordt het probleem dat de huidige regelgeving aantoonbaar tekortschiet in duidelijk- en overzichtelijkheid in de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder, met de WCZ opgelost. De gelding van cliëntenrechten worden uitgebreid in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders. Bovendien is de introductie van het bestuursrechtelijk ingrijpen door de IGZ, een sterke verbetering, die op geen enkele wijze in de WGBO zelf zijn beslag kan krijgen. Ook vinden de cliëntenorganisaties de combinatie van publiek- en privaatrechtelijk ingrijpen in één wet een goede ontwikkeling. Hiermee wordt het voor de cliënt in één oogopslag duidelijk wat de mogelijkheden zijn als de zorg niet is, wat deze zou moeten zijn.

De cliëntenorganisaties zijn ervan overtuigd dat de WCZ een wet is die de patiëntenrechten duidelijk versterkt en dat de invoering ervan snel moet geschieden.¹⁴² Hoewel de NPCF liever niet de instandhouding van de WGBO naast de Wcz had gezien, zijn zij ervan overtuigd dat de rechten met de nieuwe wet goed geborgd zijn. De belangrijkste argument hiervoor is een bepaling uit de WCZ zelf, namelijk art. 2 lid 1 WCZ.¹⁴³

¹⁴¹ Zorg en financiering 2012, p. 120-121

¹⁴² NPCF 2012

¹⁴³ Zorg en financiering 2012, p. 122

“Zorgaanbieders zijn verplicht ervoor zorg te dragen dat de zorg voldoet aan hetgeen waar de cliënt ingevolge deze wet recht op heeft. Van de bepalingen van deze wet kan niet ten nadele van de cliënt worden afgeweken.”

6.4. Conclusie

Een wettelijke wijziging in het (indirecte) recht op goede zorg is volgens de IGZ niet nodig. Uit het onderzoek van de Inspectie is namelijk gebleken dat patiënten voldoende formele mogelijkheden hebben en dat de problemen vooral op het gebied van de organisatie van de zorg, de communicatie en de voorlichting liggen.

Een nieuwe, alomvattende wetgeving biedt volgens de RVZ geen oplossing aan het wegnemen van de onduidelijkheid over de concrete inhoud van de normen ‘verantwoorde zorg’ en ‘goed hulpverlenerschap’. Het ‘recht op goede zorg’ is op dezelfde manier, o.b.v. globale normen, beschreven en leidt daarmee niet tot meer duidelijkheid. Dat probleem kan beter aangepakt worden door een kennis- en adviescentrum te installeren die duidelijkheid verschaft. De RVZ concludeert verder dat patiënten gestimuleerd moeten worden tot een actieve betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van hun behandeling, en dat dit door het beter benutten van de beschikbare middelen moet gebeuren. Kortom, is een oplossing waarbij ‘voorlichting over cliëntenrechten’ en ‘stimulering van het gebruik’ beter passend op de huidige knelpunten dan een nieuwe, integrale wet. Deze conclusie wordt ook door de Raad van State gedeeld. De Raad van State (RvS) leidt uit de verschillende rapportages van de RVZ en de IGZ af, dat er in het belang van de cliënten in de gezondheidszorg aanleiding is voor maatregelen gericht op het verbeteren van de mogelijkheden om feitelijk gebruik te maken van bestaande rechten van cliënten. Tevens voegt de RvS hier aan toe, dat het recht op goede zorg patiënten ook rechten geeft die de bedrijfsvoering van de organisatie raken. De naleving van deze rechten moet niet op deze manier, maar door toezicht plaatsvinden. Volgens de Raad heeft de huidige wetgeving een andere vorm gekregen, met een gemengd karakter. Een onduidelijke inhoud van een recht, heeft geen toegevoegde waarde voor de cliënt.

De KNMG vindt het een goede ontwikkeling dat de aspecten van kwaliteitsetten, waaronder enkele collectieve patiëntenrechten, worden samengevoegd. Hiermee ontstaat volgens de artsenfederatie een meer gestroomlijnd kaderwet voor kwaliteit. De landelijke artsenfederatie vindt daarentegen dat de verantwoordelijkheidsverdeling bij ketenzorg, een adequate bescherming van de patiënten tegen vormen van alternatieve hulpverlening en het recht op beschik- en bereikbaarheid van zorg, niet goed zijn geregeld in de WCZ. Ook wordt

er geconcludeerd dat de WCZ de professionele autonomie van artsen kan aantasten, omdat de wet een verantwoordingsplicht oplegt zonder deze concreet in de wet in te vullen.

De WCZ is volgens de KNMG vooral een hybride regeling, waarbinnen individuele en collectieve patiëntenrechten door elkaar lopen, die privaatrecht, straf- en bestuursrecht vermengt en waarin de verhouding tot andere wetgeving (systematiek van het BW, Wet Bopz, etc.) onduidelijk is.

De vereniging van zorgaanbieders, BoZ, zien óók geen toegevoegde waarde van de WCZ. Óók is het volgens hen effectiever om de tekortkomingen in de huidige wetgeving op te lossen door aanpassingen te realiseren in de WGBO. De BoZ is van mening dat de komst van de WCZ tot meer en grote afstemmingsproblemen zal leiden. Om deze reden is het aan te bevelen dat er nader onderzoek wordt gedaan naar de (mogelijke) oplossingen van de problemen die de invoering van de WCZ met zich meebrengt.

Cliëntenorganisaties zijn de enige partij die van mening zijn dat de WCZ zo snel mogelijk moet worden doorgevoerd. Ze vinden het een goede ontwikkeling dat de reikwijdte van cliëntenrechten worden uitgebreid, de Inspectie bestuursrechtelijk kan ingrijpen en dat het publiekrechtelijk wordt gecombineerd met het privaatrechtelijke. De NPCF is ervan overtuigd dat de cliëntenrechten met de nieuwe wet goed zijn geborgd.

Hoofdstuk 7: Conclusie

7.1. Inleiding

In deze scriptie is onderzocht of het samenvoegen van meerdere cliëntenrechten tot één wet, een verbetering is ten opzichte van de huidige situatie en of het daarmee leidt tot een sterkere rechtpositie van de cliënt. Gedurende dit onderzoek lag de nadruk op het 'recht op goede zorg' uit de WCZ (hoofdstuk 2). Hiervoor is de inhoud van de artikelen uit hoofdstuk twee van de WCZ, vergeleken met de artikelen die daar beïnvloedt door worden uit de huidige wetgeving. De vragen die daarbij in de literatuur naar voren kwamen waren als volgt:

- Is er behoefte aan een geheel nieuwe regeling?
- Is het niet mogelijk om de knelpunten, met aanvulling en aanpassing in de huidige wetgeving, op te lossen?

In dit slotstuk zal in de hiernavolgende paragraaf een resumptie worden gegeven van het geheel. Daarbij zal de beantwoording van de deelvragen centraal staan. In de derde paragraaf zal deze scriptie afgesloten worden met de beantwoording van de hoofdvraag.

7.2. Resumptie

Inleiding

Enkele jaren geleden is het Nederlandse zorgstelsel veranderd. Er is een vraaggestuurd systeem gecreëerd binnen een marktgeoriënteerde context. Nadat de implementatie van dit nieuwe systeem aardig was gebeurd, had de regering zijn twijfels of de cliënt zijn rol als partij in dit krachtenveld voldoende kon uitoefenen. Op grond van deze gedachte is in 2009 het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) ingediend. De concrete doelstelling van de WCZ is, dat het de positie van de cliënt in de zorg wil versterken en verduidelijken, door een aantal afdwingbare rechten van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder te formuleren. Daarmee wil men ervoor zorgen dat de cliënt goede zorg krijgt, die past bij zijn of haar behoefte.

Het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg is een wetsvoorstel dat voortvloeit uit de inzichten van een integrale zorgconsumentenwet, waarvoor de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) bij de totstandkoming van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft aangedrongen. Het doel van de NPCF was hierbij om een basiswet te laten invoeren die de cliëntenrechten vanuit hun perspectief zou garanderen. Hiermee wou de NPCF dat er samenhang werd gebracht tussen de bestaande wetten en dat de hiaten die ontstaan zijn na

de stelselwijziging werden opgevuld. De NPCF en verschillende politieke partijen hadden nadrukkelijk gevraagd om de huidige wetgeving in de vorm van herkenbare cliëntenrechten te gieten.

Tekortkomingen in de huidige cliëntenrechten

In de Wet Cliëntenrechten Zorg ligt de nadruk op de individuele afdwingbaarheid van de cliëntenrechten. Het doel van deze wet is om bij te dragen aan meer toegankelijk- en inzichtelijkheid in de patiëntenrechten. Dit omdat de huidige wetgeving volgens de wetgever in meerdere opzichten te kort schiet. De belangrijkste knelpunten (*in het kader van het recht op goede zorg*) zijn als volgt:

- Versnipperde regeling van cliëntenrechten
- Ontbreken van een recht op verantwoorde zorg
- Onduidelijkheid over de norm verantwoorde zorg
- Onduidelijkheid over de reikwijdte van de regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in de WGBO

De wetgever ziet dit wetsvoorstel niet alleen als oplossing voor deze tekortkomingen, maar ook als een noodzakelijke ontwikkeling om de positie van de cliënt na de stelselwijziging te kunnen blijven waarborgen. In het nieuwe zorgstelsel staan namelijk de eigen verantwoordelijkheid en maximale keuzevrijheid, centraal. Om dit tot uiting te kunnen brengen dienen er voor alle partijen binnen het zorgstelsel voldoende bevoegdheden, instrumenten, stimulansen en harde waarborgen te zijn, zodat aan die ruimte en verantwoordelijkheid op een passende wijze invulling kan worden gegeven.

Het recht op goede zorg

Deze nieuwe, wettelijke regeling zorgt ervoor dat cliënten o.a. het recht op goede zorg krijgen. Dit niet alleen bij de individuele geneeskundige behandeling, maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders én in de gehele keten van zorg. Hiermee wil de wetgever een einde brengen aan de onduidelijkheid over de reikwijdte van deze rechten in situaties waar de nadruk ligt op verpleging en verzorging.

Het 'recht op goede zorg' is een voortvloeisel van het fundamentele mensenrecht op (gezondheidszorg). Verschillende internationale verdragen waar Nederland bij is aangesloten, bevatten bepalingen over het recht op zorg. Eén van de belangrijkste daarvan is het *Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR)*.

In dit verdrag wordt aan burgers met art. 12 lid 1 het recht op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid, toegekend. Oók wordt de verplichting opgelegd (art. 12 lid 2 IVESCR) dat de Staat maatregelen moet nemen om dit recht te bewerkstelligen.

In de huidige, nationale wetgeving krijgt het 'recht op goede zorg' op een indirecte- en versnipperde manier invulling. De definitie van het begrip 'goede zorg' is een samenvoeging van 'verantwoorde zorg' uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI) en de Wet BIG, en 'goed hulpverlenerschap' uit de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De Kwaliteitswet geldt alleen voor de vormen van zorg indien ze worden verleend door een instelling. De solistisch werkende beroepsbeoefenaren vallen erbuiten. Zij vallen onder de Wet BIG. Deze wetten vullen elkaar aan op het gebied van het recht op verantwoorde zorg. De WGBO legt daarentegen de plicht aan de hulpverlener om de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen. Uit onderzoeken is gebleken dat de bepalingen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap' op verschillende punten tekort komen, namelijk:

- Het is onduidelijk in hoeverre de cliënt dit indirecte recht, die voortkomt uit de verplichtingen van de zorgaanbieder, kan afdwingen.
- Aan de wettelijke eis van patiëntgerichtheid bij het uitvoeren van verantwoorde zorg, is in veel sectoren niet voldaan.
- Er bestaat onduidelijkheid over de norm 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap'. Het feit dat de omschrijving in de wet in globale normen gebeurt en de nadere invulling in richtlijnen en gedragsregels van de beroepsbeoefenaren plaatsvindt, maakt het voor cliënten haast onmogelijk om op de hoogte te zijn of raken van de concrete betekenis. Dit kan de rechtspositie van cliënten ondermijnen. Het is immers zo dat indien men zijn rechten niet kent, men ze ook niet kan gebruiken.

De invoering van het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg, geeft cliënten o.a. het individueel afdwingbare recht op goede zorg. Door de norm op deze manier op te stellen, wordt volgens de wetgever het belang van het leveren van goede zorg extra benadrukt. De herformulering tot een direct recht heeft de doelstelling om het voor de cliënt eenvoudiger te maken om dat recht tegenover de zorgaanbieder in stelling te brengen. Hoewel het voor de afdwingbaarheid juridisch gezien niet veel uitmaakt, vindt de wetgever dat de formulering in rechten de beoogde paradigmashift (*de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg*) het beste dient.

De zorgaanbieder levert 'goede zorg' indien het voldoet aan de aspecten die zijn omschreven in art. 5 lid 1 WCZ. De geleverde zorg moet namelijk, van goed niveau, veilig,

doeltreffend, cliëntgericht, tijdig geleverd, afgestemd op de behoeften van de cliënt zijn en met gebruikmaking van de geschikte hulpzaken geleverd worden. Bovendien moeten de personen die de zorg verlenen handelen conform de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard. Zorgaanbieders die de alternatieve geneeskunst uitoefenen hebben veelal geen professionele standaarden. Daarom zijn zij uitgezonderd van het eerste lid van art. 5. Deze zorgaanbieders moeten zich houden aan artikel 5 lid 2 WCZ, die vertelt dat de aangeboden zorg niet mag leiden tot (een grote kans op) schade voor de gezondheid van de cliënt. Indien dat wel gebeurt, grijpt de inspectie in. Ook moet de zorgaanbieder de zorgverlening op een zodanige wijze organiseren dat het zowel kwalitatief als kwantitatief gezien leidt tot het verlenen van goede zorg (art. 7 WCZ). Hiermee verplicht het wetsvoorstel de zorgaanbieders tot onderlinge afstemming en coördinatie die zowel tussen diverse hulpverleners binnen de organisatie als met andere zorgaanbieders, moet plaatsvinden.

Naast de verschillende plichten van de zorgaanbieder, krijgen de patiënten ook een wettelijke plicht. De cliënt heeft volgens art. 6 van de WCZ de plicht om de zorgaanbieder naar beste weten de inlichtingen en medewerking te verschaffen die nodig zijn voor het kunnen verlenen van goede zorg. De voornaamste bedoeling van dit artikel is dat de wederzijdse relatie tussen cliënt en zorgaanbieder via 'tweezijdige algemene voorwaarden' een duidelijke plek krijgt in de zorgpraktijk.

De gevolgen van de invoering voor de cliëntenrechten

De gevolgen van de invoering van het 'recht op goede zorg' conform de WCZ zal tot verschillende veranderingen in de huidige wetgeving leiden.

- De WCZ bepalingen gaan in alle zorgrelaties gelden.
- Cliënten die gebruik gaan maken van de alternatieve geneeskunde krijgen óók het recht op goede zorg. Dit in een beperktere vorm.
- De elementen van goede zorg worden uitgebreid met tijdigheid en veiligheid.
- Het recht op goede zorg, wordt een resultaatsverplichting. De geleverde zorg moet goed zijn en daarmee voldoen aan de normen.
- Het afstemmen van de zorg wordt wettelijk verplicht.
- De eindverantwoordelijkheid van de zorg verschuift naar het instellingsbestuur.
- Bij of krachtens AMvB kunnen er nadere regels gesteld worden voor aan te wijzen categorieën van zorgaanbieders met betrekking tot het gebruik en periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles van bij die AMvB aan te wijzen apparatuur.
- Cliënten krijgen het recht op de beschikbaarheid van geestelijke verzorging die zoveel mogelijk aansluit bij de levensovertuiging van de cliënt.

- Cliënten krijgen het recht dat ingeval van een ingrijpende verandering in de woonomstandigheden, er onderzoek wordt gedaan naar de leefwensen van de betrokken cliënten.
- Het benutten van kwaliteitssystemen voor de kwaliteitsverbetering wordt verplicht. Dit moet systematisch gebeuren.
- Het wetsvoorstel voorziet in de bescherming dat de gemelde incidenten en fouten niet voor andere doeleinden zullen worden gebruikt.
- Iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden, geweld in de zorgrelatie en situaties waarin de samenwerking met een zorgverlener wordt verbroken wegens disfunctioneren, moeten verplicht aan de IGZ gemeld worden.

De WCZ biedt geen goede oplossing

Een wettelijke wijziging in het (indirecte) recht op goede zorg is volgens de IGZ niet nodig. Uit het onderzoek van de Inspectie is namelijk gebleken dat patiënten voldoende formele mogelijkheden hebben en dat de problemen vooral op het gebied van de organisatie van de zorg, de communicatie en de voorlichting liggen.

Een nieuwe, alomvattende wetgeving biedt ook volgens de RVZ geen oplossing voor het wegnemen van de onduidelijkheid over de concrete inhoud van de normen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap'. Het 'recht op goede zorg' is op dezelfde manier, o.b.v. globale normen, beschreven en leidt daarmee niet tot meer duidelijkheid. De RVZ concludeert verder dat patiënten gestimuleerd moeten worden tot een actieve betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van hun behandeling, en dat dit door het beter benutten van de beschikbare middelen moet gebeuren. Kortom, is een oplossing waarbij 'voorlichting over cliëntenrechten' en 'stimulering van het gebruik' beter passend op de huidige knelpunten dan een nieuwe, integrale wet. Deze conclusie wordt ook door de Raad van State gedeeld. De Raad van State (RvS) leidt uit de verschillende rapportages van de RVZ en de IGZ af, dat er in het belang van de cliënten in de gezondheidszorg aanleiding is voor maatregelen gericht op het verbeteren van de mogelijkheden om feitelijk gebruik te maken van bestaande rechten van cliënten. Tevens voegt de RvS hier aan toe, dat het recht op goede zorg patiënten ook rechten geeft die de bedrijfsvoering van de organisatie raken. De naleving van deze rechten moet niet op deze manier, maar door toezicht plaatsvinden. Volgens de Raad heeft de huidige wetgeving een andere vorm gekregen, met een gemengd karakter. Een onduidelijke inhoud van een recht, heeft geen toegevoegde waarde voor de cliënt. De Raad van State merkt verder op dat de huidige juridische constructie, voortvloeiend uit de verplichtingen van de zorgaanbieder, een vrij gebruikelijk juridisch

mechanisme is. Hierbij is het ter bescherming van de rechten van de zwakkere partij, gebruikelijk dat naast een beperkt aantal wezenlijke rechten van de zwakkere partij, veelal dwingende verplichtingen op de sterkere partij worden gelegd. Deze verplichtingen worden in de wetgeving niet als rechten van de sterkere partij gecompenseerd. Wel moet de vraag gesteld worden of deze constructie voldoende zeggingskracht heeft naar patiënten / consumenten en of zij er voldoende door worden gestimuleerd gebruik van te maken in situaties van onverantwoorde zorg.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg merkt op dat deze constructie niet per definitie negatief hoeft te zijn. In sommige gevallen kan het volgens de RVZ juist duidelijkheid verschaffen. De zorgconsument kan weten tegenover wie hij/zij het desbetreffende recht kan invoeren. Verder concludeert de RVZ dat er bewust is gekozen voor het stellen van globale regels met open normen, omdat het niet mogelijk is om alle regels uit de complexe dagelijkse praktijk in de wet op te nemen. Volgens de RVZ is een integrale zorgconsumentenwet juridisch niet te verwezenlijken en zal het niet bijdragen aan meer toegankelijkheid van patiëntenrechten, noch aan de versterking van de rechtspositie van de zorgconsument. Het alternatief van de Raad om de knelpunten en lacunes in de wet op te lossen is door de huidige wetgeving aan te passen i.p.v. een nieuwe wet, de patiëntenrechten thematisch te evalueren en een kennis- / adviescentrum te installeren. Dit centrum moet fungeren als een centrale plaats waar patiënten informatie kunnen ophalen over de relevante wettelijke bepalingen, de uitwerking daarvan in rechtspraak en richtlijnen, etc.

De KNMG voegt hier een andere conclusie aan toe. De verantwoordingsverplichting die in de WCZ is opgenomen en tot gevolg heeft dat de zorgaanbieder de zorgverlening zo moet organiseren dat de hulpverleners verantwoording afleggen aan het instellingsbestuur, is volgens de landelijke artsenfederatie een slechte ontwikkeling. Het feit dat de genoemde verantwoordingsplichten niet in het wetsvoorstel worden ingevuld, maar aan het veld worden overgelaten, neemt het risico met zich mee dat de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren wordt aangetast. Bovendien moet voorkomen worden dat door het instellingsbestuur eindverantwoordelijk te stellen, de professionele verantwoordelijkheid van hulpverleners teveel onder druk komt te staan. De WCZ is volgens de KNMG vooral een hybride regeling, waarbinnen individuele en collectieve patiëntenrechten door elkaar lopen, die privaat-, straf- en bestuursrecht vermengt en waarin de verhouding tot andere wetgeving (systematiek van het BW, Wet Bopz, etc.) onduidelijk is.

De vereniging van zorgaanbieders, BoZ, zien óók geen toegevoegde waarde van de WCZ. Het is volgens hen effectiever om de tekortkomingen in de huidige wetgeving op te lossen door aanpassingen te realiseren in de WGBO. De BoZ is van mening dat de komst

van de WCZ tot meer en grote afstemmingsproblemen zal leiden. Om deze reden is het aan te bevelen dat er nader onderzoek wordt gedaan naar de (mogelijke) oplossingen van de problemen die de invoering van de WCZ met zich meebrengt.

Cliëntenorganisaties zijn de enige partij die van mening zijn dat de WCZ zo snel mogelijk moet worden doorgevoerd. Ze vinden het een goede ontwikkeling dat de reikwijdte van cliëntenrechten worden uitgebreid, de Inspectie bestuursrechtelijk kan ingrijpen en dat het publiekrechtelijk wordt gecombineerd met het privaatrechtelijke. De NPCF is ervan overtuigd dat de cliëntenrechten met de nieuwe wet goed zijn geborgd.

De problemen bij de invoering van de WCZ

Het oorspronkelijke wetsvoorstel had de doelstelling om de huidige patiëntenwetgeving gedeeltelijk te gaan vervangen. Een kritisch adviesrapport van de Raad van State, de opmerkingen van Kamerleden en de zorgen van gezondheidsrechtelijke juristen, heeft de regering ertoe aangezet om het wetsvoorstel nader te bezien. In juli 2011 en in maart 2012 heeft dit geresulteerd tot het aanleveren van een nieuwe versie. Uit deze nota van wijzigingen is gebleken dat er wordt afgezien van het doen vervallen van (het merendeel van) de bepalingen in Boek 7 van het BW en dat in geval van handelingen op het gebied van een geneeskundige behandeling de verhouding tussen partijen beheerst wordt door twee wetten: de WGBO en de WCZ. Daarmee ontloopt de wetgever aan de oorspronkelijke doelstelling. Wordt de WCZ de nieuwe kaderwet en de WGBO de bijzondere wet die geldt in gevallen van een geneeskundige behandelingsovereenkomst? Een integrale zorgconsumentenwet, die alle cliëntenrechten zou samenbrengen, begint steeds meer te lijken op een wet die als naslagwerk gebruik dient te worden bij de huidige patiëntenwetgeving.

Echter, is het de vraag of het invoeren van een integrale wet wel efficiënt is. Indien er geen duidelijke bewijzen zijn gevonden over de voordelen van een integrale wet is het invoeren daarvan namelijk minder efficiënt. Het nadeel is immers dat stakeholders binnen een korte tijd, weer nieuwe eigen regels moeten maken. Een nieuwe wet is misschien politiek gewenst, maar het hebben van ervaring in de huidige regels en het begrijpen van de wet door de hulpverleners is voor de patiënt belangrijker.

7.3. Beantwoording van de hoofdvraag

Op basis van de analyse kan thans de volgende hoofdvraag beantwoord worden.

'Is het recht op goede zorg, zoals geregeld in de WCZ, een verbetering ten opzichte van het recht op goede zorg zoals neergelegd in de huidige wet- en regelgeving?'

Het is een goede gebeurtenis om een wettelijke basis te ontwikkelen waarmee het leveren van goede zorg gegarandeerd wordt. Dat was ook één van de doelstellingen van het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg. Door goede zorg als een individueel afdwingbaar recht te formuleren wou de wetgever deze norm extra benadrukken en daarmee de positie van de cliënt versterken. De Raad van State is daar op tegen en vindt dat de naleving van deze rechten niet door het verlenen van individuele rechten, maar door toezicht moet plaatsvinden. Verplichtingen die te maken hebben met de bedrijfsvoering van een organisatie, kunnen volgens de Raad niet als individuele rechten worden geformuleerd. Bovendien, is de juridische constructie die in de huidige wetgeving aanwezig is, een vrij gebruikelijke. In wet- en regelgeving is het gebruikelijk dat ter bescherming van de rechten van de zwakkere partij, veelal dwingende verplichtingen op de sterkere partij worden gelegd. Deze verplichtingen worden in de wetgeving niet als rechten van de sterkere partij gecompenseerd. Waarom moet daar in de patiëntenwetgeving van afgeweken worden?

Een andere doelstelling van de introductie van 'goede zorg' was dat het de huidige termen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap', zou vervangen. De wetgever wilde hiermee de onduidelijkheden die ontstaan zijn door het hanteren van meerdere termen, wegnemen. Echter, heeft een kritisch adviesrapport van de Raad van State, de opmerkingen van Kamerleden en de zorgen van gezondheidsrechtelijke juristen, de regering ertoe aangezet om het wetsvoorstel nader te bezien en te beslissen om de bepalingen in Boek 7 van het BW in stand te houden. In geval van handelingen op het gebied van een geneeskundige behandeling zal de verhouding tussen partijen beheerst worden door twee wetten: *de WGBO* en *de WCZ*. Daarmee gaat de wetgever de oorspronkelijke doelstelling voorbij. Wordt de WCZ de nieuwe kaderwet en de WGBO de bijzondere wet die geldt in gevallen van een geneeskundige behandelingsovereenkomst? Het is onduidelijk hoe het 'recht op goede zorg' en 'goed hulpverlenerschap' zich tot elkaar verhouden. Een integrale zorgconsumentenwet, die alle cliëntenrechten zou samenbrengen, begint steeds meer te lijken op een wet die als naslagwerk gebruik dient te worden bij de huidige patiëntenwetgeving.

Verder was de doelstelling dat het recht op goede zorg conform de WCZ een oplossing zou bieden voor de versnippering in de huidige goede zorg, waarmee het voor de cliënten makkelijker zou worden om hun rechten te achterhalen. De bevindingen van zowel de RVZ als de IGZ, lieten namelijk zien dat er problemen zijn op dit gebied. Het is voor cliënten moeilijk om te achterhalen wat ze in een concrete situatie van een zorgaanbieder

mogen verwachten. De oplossing voor dit probleem wordt door de verschillende adviesorganen eerder gezien als het nemen van maatregelen gericht op het verbeteren van de mogelijkheden om feitelijk gebruik te maken van bestaande rechten van cliënten. Het is namelijk aangetoond dat de rechtspositie van de patiënt over het algemeen formeel goed is geregeld, maar dat kennis en inzicht ontbreekt. Het feit dat de wet niet de enige bron is voor het patiëntenrecht en dat de globale wettelijke normen geconcretiseerd worden in nadere bepalingen zoals de jurisprudentie, maakt het voor patiënten / leken (haast) onmogelijk om op de hoogte te zijn of raken van de concrete betekenis van een juridische term. Volgens de RVZ zou het installeren van een 'Kennis- en Adviescentrum patiëntenrechten' een goed antwoord zijn op dit probleem. Dit centrum moet fungeren als een centrale plaats waar patiënten informatie kunnen ophalen over de relevante wettelijke bepalingen, de uitwerking daarvan in rechtspraak en richtlijnen, etc. De voornaamste taken van dit centrum moet het 'bijeeng brengen van patiëntenrechten' en het 'toegankelijk maken van deze rechten voor belangstellenden', zijn. Natuurlijk is dit een alternatief op het huidige voorstel, maar zolang er geen duidelijke bewijzen zijn gevonden over de voordelen van een integrale wet is het invoeren daarvan minder efficiënt. Het nadeel is immers dat stakeholders binnen een korte tijd, weer nieuwe eigen regels moeten maken. Een nieuwe wet is misschien politiek gewenst, maar het hebben van ervaring in de huidige regels en het begrijpen van de wet door de hulpverleners is voor de patiënt belangrijker.

Een ander punt in de huidige patiëntenwetgeving was dat de concrete inhoud van de normen 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap' niet waren te achterhalen. Dit is een ernstig probleem volgens de RVZ en de IGZ. Zolang niet duidelijk of moeilijk te achterhalen is wat deze normen concreet inhouden, wordt het onderhavige recht ondermijnd en wordt het voor de cliënt moeilijker om keuzes te maken. Er kan immers niets beoordeeld worden zonder referentiekader. De Raad vindt dit een ernstige tekortkoming. Het is heel belangrijk voor een cliënt om een referentiekader te hebben, waarmee het aanbod getoetst kan worden. Na het recht op goede zorg conform de WCZ geanalyseerd te hebben, wordt duidelijk dat dit probleem óók in de WCZ nog steeds aanwezig is. Het 'recht op goede zorg' is namelijk op dezelfde manier, o.b.v. globale normen, beschreven. Het leidt daarmee niet tot meer duidelijkheid, dan de huidige normen.

Het recht op goede zorg bevat ook bepalingen die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de huidige patiëntenwetgeving. Zo gaan de WCZ bepalingen in alle zorgrelaties en in de gehele keten van de zorg gelden. Hiermee wil de wetgever een einde brengen aan de onduidelijkheid over de reikwijdte van deze rechten in situaties waar de nadruk ligt op verpleging en verzorging. Wel is het zo dat het hanteren van de WGBO en de WCZ in de curesector, het één en ander onduidelijk kan maken.

De bepaling (art. 5 lid 2 WCZ) die de cliënten die gebruik maken van de alternatieve geneeskunde wil beschermen tegen gezondheidsschade, is een andere positieve ontwikkeling. Het is correct dat ook deze groep hulpverleners een verplichting, in dit geval minder strikt, krijgen.

Andere positieve gevolgen die het recht op goede zorg met zich meebrengt, zoals het feit dat o.a. de elementen van goede zorg worden uitgebreid, dat het recht op goede zorg een resultaatsverplichting wordt, dat het afstemmen van de zorg verplicht wordt, dat cliënten het recht krijgen op geestelijke verzorging, dat kwaliteitssystemen verplicht gebruikt moeten worden voor het realiseren van kwaliteitsverbetering en dat het melden van incidenten en het handelen met deze gegevens wettelijk beschermt wordt, kunnen indien de toegevoegde waarde ervan wordt bewezen ook prima in de huidige wetgeving geregeld worden. Hiervoor is het maken en invoeren van een nieuwe, alomvattende wetgeving niet vereist.

Het recht op goede zorg, zoals geregeld in de WCZ, biedt niet een concrete en volledige oplossing aan de knelpunten uit de huidige praktijk. De bepalingen in het wetsvoorstel leiden niet altijd tot de gevolgen, zoals de wetgever ze wilt zien. Tevens kan er geconcludeerd worden dat het wetsvoorstel voorbij gaat aan zijn doelstellingen.

Het wetsvoorstel bevat ook punten die positief kunnen uitpakken voor de huidige patiëntenwetgeving. De vraag is of daar een nieuwe wet voor nodig is. Er wordt door verschillende partijen nadrukkelijk gewezen op het feit dat dit ook door het realiseren van aanpassingen in de huidige wetgeving geregeld moet worden. Een geheel nieuwe wet leidt tot het verlies van kennis en ervaring in de huidige regels. Cliënten hebben veelal de tijd nodig om wetten te begrijpen en hun rechten te 'leren'. Vaak is het de jurisprudentie die meer invulling geeft aan de toepassing van de artikelen in de praktijk. Bij de invoering van een nieuw wet ontbreekt dit. Het ontstaan van duidelijkheid en bewustwording zal een aardige periode in beslag nemen. Zal het de moeite waard zijn?

Vanwege de *beperkte winsten* en de aanwezigheid van de mogelijkheid om deze *winsten ook te behalen door veranderingen te realiseren in de huidige wetgeving*, concludeer ik dat het de moeite niet waard zal zijn om de WCZ in te voeren. We moeten niet belanden in een situatie waarin we gaan kampen met grote afstemmingsproblemen. De voor- en nadelen van een nieuwe wet moeten nader worden gezien, zodat het *van den wal in de sloot vallen* voorkomen kan worden...

Literatuurlijst

Artikelen

- **Adviezen 2010**

Adviezen. Voorstel van wet cliëntenrechten zorg, met memorie van toelichting, bijlage bij Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr 4.

- **Doppegieter 2009**

R.M. Doppegieter, 'Kanttekeningen bij het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg; Gemiste kans', *Medisch Contact* 2009, p. 892-894.

- **Gevers 2010**

J.K.M. Gevers, 'De WCZ : achtergrond, opzet en reikwijdte', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2010, p. 589-596.

- **Hendriks 2010**

A.C. Hendriks, 'Van patiënten- naar cliëntenrechten: oude wijn in nieuwe zakken?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2010, p. 605-615.

- **IGZ 2006**

Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?', Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2006.

- **Klink 2008**

Klink, Programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie', Den Haag: VWS 2008.

- **KNMG 2011-I**

KNMG, Reactie op voorstel Wet Cliëntenrechten Zorg, Utrecht: KNMG 2011.

- **KNMG 2011-II**

KNMG, Wet cliëntenrechten zorg schiet doel voorbij, Utrecht: KNMG 2011.

- **Legemaate 2006**
Vrije Universiteit Amsterdam, 'Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak', Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam 2006.
- **NPCF 2006**
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 'De Zorgconsumentenwet: één wet voor patiënten en consumenten', Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie 2006.
- **NPCF 2007**
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 'De Zorgconsumentenwet. Wat er in moet staan', Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie 2007.
- **RVZ 2006**
Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 'De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?', Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2006.
- **VWS 2010**
VWS, 'Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg', Den Haag: VWS 2010.
- **ZonMw 2001**
ZonMw Commissie evaluatie regelgeving, 'Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen', Den Haag: ZonMw 2001.
- **Zorg en financiering 2012**
Zorg en financiering, 'Zorgaanbieders en wetenschappers: geen meerwaarde WCZ', *Zorg en financiering 2012*, p. 120-121.

Boeken

- **Biesart e.a. 2011**
M.C.I.H. Biesart e.a., *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht*, Deventer: Kluwer 2011.
- **Hermans & Buijsen 2010**
H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*, Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg 2010.

Kamerstukken:

- Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3
- Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3
- Kamerstukken II 2001/02, 28 489, nr. 3
- Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3
- Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 4
- Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 7
- Kamerstukken II 2011/12, 32 402, nr. 9

Websites

- **NPCF 2012**
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 'Brief aan de Leden Vaste Kamer Commissie VWS', Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie 9 mei 2012, <http://www.npcf.nl/images/stories/dossier/Patientenrechten/brf%20vws%20wet%20cli%20entenrechten%20zorg-met%20logos.pdf>
- **VWS 2012**
VWS, 'Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz) (VWS)', Rijksoverheid 01 mei 2012, <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/wetsvoorstellen/2010/07/05/wetsvoorstel-clientenrechten-zorg-wcz-vws#>

Jurisprudentie

- HR 9 november 1990, NJ 1991, 26

Bijlage: Het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg

HOOFDSTUK 2. GOEDE ZORG

Artikel 5

1. De cliënt heeft jegens de zorgaanbieder recht op goede zorg, waaronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en waarbij de zorgverleners, met gebruikmaking van de geschikte hulpzaken, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard.

2. In afwijking van het eerste lid verleent een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, achtste lid, slechts zorg die buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt.

Artikel 6

De cliënt geeft de zorgaanbieder naar beste weten de inlichtingen en medewerking die deze redelijkerwijs voor het kunnen verlenen van goede zorg behoeft.

Artikel 7

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een zorgaanbieder is als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, 1^o, draagt tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

Artikel 8

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen ten aanzien van de bij de maatregel aangewezen categorieën van zorgaanbieders:

- a. regels worden gesteld met betrekking tot het gebruik en periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles van bij of krachtens die maatregel aan te wijzen apparatuur die bij de zorgverlening wordt gebruikt, alsmede
- b. indien het kwaliteitsniveau van de zorg dit vereist, de bij de artikelen 5, eerste lid, en 7 gestelde regels nader worden omschreven.

Artikel 9

De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder die zorg verleent welke verblijf van de cliënt in een accommodatie gedurende het etmaal met zich brengt, recht op dat:

- a. geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt;
- b. voor zover het gaat om zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, bij het opstellen van een huisvestingsplan voor de lange termijn, een ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van een accommodatie, onderzoek wordt gedaan naar de leefwensen van de betrokken cliënten.

Artikel 10

1. De zorgaanbieder draagt zorg voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.
2. De verplichting van het eerste lid houdt, de aard en omvang van de zorgverlening in aanmerking genomen, in:
 - a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
 - b. het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze toetsen of de wijze van uitvoering van artikel 7 leidt tot goede zorg;
 - c. het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zonedig veranderen van de wijze waarop artikel 7 wordt uitgevoerd.

Artikel 11

1. Voor zover dit noodzakelijk is voor de goede werking van de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg, worden in een register als bedoeld in artikel 10, tweede lid, zonder toestemming van de betrokkene, persoonsgegevens verwerkt betreffende intern gemelde incidenten, waaronder gegevens betreffende de gezondheid.
2. De zorgaanbieder stelt schriftelijk een interne procedure vast, waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten. De zorgaanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de procedure.
3. De in het tweede lid bedoelde procedure is zodanig dat zij er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk bescherming kan worden geboden of maatregelen kunnen worden genomen, en waarborgt dat van persoonsgegevens geen kennis kan worden genomen door anderen dan de functionaris of functionarissen die met de behandeling van signalen van incidenten zijn belast.
4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld uit welke elementen de procedure in ieder geval bestaat.
5. Degene die op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn beroep tot geheimhouding is verplicht, kan, zonder toestemming van de cliënt, overeenkomstig de vastgestelde procedure aan de daartoe aangewezen functionaris de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, verstrekken die noodzakelijk zijn te achten om een incident te onderzoeken.
6. Gegevens in het register, bedoeld in artikel 10, tweede lid, betreffende intern gemelde incidenten, behoudens die met betrekking tot een calamiteit of geweld in de zorgrelatie, kunnen niet in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt, noch kan een disciplinaire maatregel, een bestuurlijke sanctie of een bestuurlijke maatregel daarop worden gebaseerd. In afwijking van de eerste volzin kunnen de gegevens voor het strafrechtelijk bewijs worden gebruikt indien zij redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen.
7. De gegevens in het register, bedoeld in artikel 10, tweede lid, betreffende intern gemelde incidenten, zijn niet openbaar.
8. De zorgaanbieder die zorg draagt voor een register als bedoeld in artikel 10, tweede lid, is de verantwoordelijke in de zin van artikel 1, onderdeel d, van de Wet bescherming persoonsgegevens voor dat register.

Artikel 12

1. De zorgaanbieder doet onverwijld melding van:

- a. iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden;
- b. geweld in de zorgrelatie;
- c. de opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een overeenkomst als bedoeld in artikel 2, tweede lid, met een zorgverlener op grond van zijn oordeel over de wijze van functioneren van de zorgverlener.

2. De zorgaanbieder en de zorgverleners die zorg verlenen aan zijn cliënten, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding als bedoeld in het eerste lid aan de ingevolge deze wet met toezicht belaste ambtenaar de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.