



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. mevrouw drs. V.J.W.C. Esman-Peeters
Directeur Markt en Consument
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
Telefoon (030) 273 97 26
E-mail boz@boz-ned.nl
www.brancheorganisatieszorg.nl
CenE Bankiers 69 91 64 559

Datum : 20 april 2009
Ons kenmerk : 090420/WG/JSp/MV
Betreft : consultatie Wet cliëntenrechten zorg

Geachte mevrouw Esman-Peeters,

Op 22 december 2008 ontvingen ActiZ, GGZ Nederland, NFU, NVZ, VGN en BoZ uw brief waarin werd aangekondigd dat ons in het voorjaar van 2009 een afgeronde tekst van het wetsvoorstel 'Wet cliëntenrechten zorg' en de daarbij behorende toelichting ter consultatie zou worden voorgelegd. Op 12 maart 2009 ontvingen wij een concept wetsvoorstel met een begeleidende brief waarin wordt aangegeven dat:

- het concept voorstel nog niet compleet en volmaakt is;
- een aantal onderwerpen dat gerelateerd is aan de WTZi ontbreekt;
- aan de teksten die zijn toegestuurd door het departement verder wordt gewerkt in de periode dat wij onze achterban raadplegen.

De brief van 12 maart 2009 maakt duidelijk dat de toezegging uit de brief van 22 december jl. niet wordt waargemaakt. Dat is teleurstellend. We hebben te maken met een onafgerond voorstel en daarmee met een onvolledige consultatie. Er zal derhalve alsnog moeten worden voorzien in een consultatieronde over de thema's en (wijzigings-) voorstellen die niet in het huidige wetsvoorstel zijn opgenomen.

Wij maken ons grote zorgen over de snelheid waarmee dit wetsvoorstel tot stand komt, want, zo moge ook blijken uit de bijlage, dit gaat duidelijk ten koste van zorgvuldigheid en kwaliteit van de wetgeving. Het (geheel of gedeeltelijk) opgaan van zeven wetten in een nieuwe wet brengt veel (juridische) onduidelijkheid met zich mee en roept veel vragen op. Vragen die niet onbeantwoord kunnen blijven.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:





De relatie zorgaanbieder-cliënt wordt met deze wet niet vooruitgeholpen. Met een beperkte wijziging van enkele bestaande wetten was een betere keuze gemaakt. Dit hebben wij in een eerder stadium ook kenbaar gemaakt. Hieronder geven wij onze reactie op het wetsvoorstel in hoofdlijnen weer.

In de bijlage bij deze brief wordt uitvoerig ingegaan op alle verschillende artikelen uit het wetsvoorstel zoals dat nu ter consultatie voorligt.

1. Wetgeving lost de problemen van (en in) de praktijk niet op

Op dit moment heeft een belangrijk deel van de knelpunten die cliënten ervaren eerder te maken met toepassings- en uitvoeringsproblemen dan met knelpunten op het niveau van wetgeving. Deze knelpunten worden niet minder door het integreren van verschillende wetten in een nieuwe wet, maar vragen er juist om de toepassing en uitvoering als aangrijpingspunt voor verandering te nemen. De vraag is dan ook welke problemen deze nieuwe wet nu eigenlijk precies oplost. Zo blijft de versnippering van cliëntenrechten voor een groot deel bestaan. Er blijven belangrijke cliëntenrechten geregeld in verschillende andere wetten.

Cliënten willen snelle toegang tot en effectieve behandeling door vertrouwde professionals. Maar het recht op beschikbare en toegankelijke zorg is uit de voorstellen verdwenen.

In de care zou de cliënt echt beter in positie komen als hij zou kunnen beschikken over een cliëntvolgend budget. Het wetsvoorstel laat na deze oplossingsrichting te regelen.

Het vereiste dat een cliënt altijd schriftelijk moet instemmen met een ingrijpende behandeling, zal niet bijdragen aan het vertrouwen. Dit is eerder een opmaat naar een verdere formalisering en juridisering van de zorgrelatie.

Het wetsvoorstel kent ook onvolledige oplossingen of creert nieuwe problemen. Zo lijkt in beginsel het "veilig melden" goed geregeld, maar dit wordt weer teniet gedaan door de veiligheid van het melden niet voor 100% te garanderen.

2. De adequate besturing van zorgorganisaties wordt belemmerd

In de toelichting van het wetsvoorstel staat dat zorgaanbieders meer ruimte krijgen om invulling te geven aan hun verantwoordelijkheid. In onze ogen is het tegendeel het geval. Het wetsvoorstel confronteert zorgaanbieders met tegengestelde eisen die de bestuurbaarheid van zorgorganisatie ernstig belemmeren.

Er is wat ons betreft sprake van een disbalans tussen rechten van cliënten en verantwoordelijkheden van zorgaanbieders en het algemeen belang dat onvoldoende gewaarborgd wordt in het wetsvoorstel.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:





De verruiming van de aansprakelijkheid bij ketenzorg en het recht op afstemming tussen zorgaanbieders in combinatie met toenemende prikkels voor concurrentie (en de daarbij behorende mededingingseisen) tussen zorgaanbieders, maken het in feite onmogelijk om aan beide eisen te voldoen.

De vergaande voorstellen met betrekking tot de medezeggenschap van cliëntenraden op onder andere het gebied van fusie en bouw zijn onaanvaardbaar. Het is evident dat zorgaanbieders bij het bepalen van hun beleid de belangen van hun cliënten kennen en meewegen. Maar de (wettelijke) verantwoordelijkheid voor het ondernemingsbestuur en de risico's die daarmee samenhangen kunnen niet gedeeld worden. Cliëntenraden krijgen wel medeverantwoordelijkheid, maar de aansprakelijkheid blijft rusten bij het ondernemingsbestuur. Dat is niet werkbaar.

Het evenwicht tussen de medezeggenschap van cliënten en werknemers is zoek. De Wet op de ondernemingsraden (WOR), maakt een helder onderscheid tussen besluiten met financiële, economische en/of organisatorische gevolgen *voor de onderneming* en besluiten over regelingen met *rechtstreekse personele gevolgen*. Het is onbegrijpelijk dat dit niet op een vergelijkbare wijze in de concept Wcz is doorgevoerd.

3. Financiële randvoorwaarden ontbreken, administratieve lasten nemen toe

De overheid is niet alleen verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, maar ook voor de betaalbaarheid en de toegankelijkheid. Hoe verhoudt het algemeen belang zich tot de individuele afdwingbaarheid van cliëntenrechten? Kan er een tweedeling ontstaan tussen cliënten die met succes hun rechten afdwingen en zij die daar niet toe in staat zijn? Het wetsvoorstel gaat voorbij aan deze fundamentele vragen.

Het waarborgen van rechten kan vaak alleen worden gerealiseerd door het beschikbaar stellen van voldoende beschikbare financiële middelen. Wat mag goede zorg kosten? Hoe wordt de ontwikkeling van professionele standaarden getoetst op hun financiële aspecten? Wat als goede zorg voor de ene cliënt ten koste gaat voor goede zorg voor een andere cliënt? Graag zien wij deze vragen beantwoord.

De BoZ constateert dat de administratieve lasten toenemen. Zo gaat onder andere de bewaarplicht van dossiers van 15 naar 30 jaar, moet de toestemming van cliënten voor ingrijpende handelingen worden vastgelegd en betekent het recht op keuze-informatie een uitgebreide plicht tot het aanleveren van informatie. Op het moment van schrijven van deze reactie waren de uitkomsten van het onderzoek naar de administratieve, nalevings- en toezichtlasten nog niet bekend. De bespreking van dit onderzoek beschouwen wij als een zeer wezenlijk onderdeel van deze consultatieronde. Wij zien uit naar de concrete invulling van financiële waarborgen die nu nog als PM staan weergegeven.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:





4. Differentiatie naar branche noodzakelijk

Met een integrale regeling voor de hele zorgsector worden belangrijke verschillen tussen branches uit het oog verloren. Dat geldt bijvoorbeeld voor de uitbreiding van de WGBO-rechten naar de caresector. In beginsel zijn wij voorstander van het uitbreiden van WGBO-rechten naar de caresector. Dat kan echter niet zonder een zorgvuldige analyse van hoe deze principes in de care-context werken. Begeleiding is iets anders dan behandeling en vraagt op onderdelen om een andere regeling van de hulpverleningsrelatie. Wij voorzien daarbij een reeks van problemen (zie bijlage) die om een oplossing vragen.

Het geldt ook voor de vormgeving van de medezeggenschap. Wij zien hier graag een gedifferentieerde aanpak naar branche. Hierbij kan gekeken worden naar de voorstellen in het recente advies van de RVZ 'Governance en kwaliteit' waarin duidelijk wordt dat medezeggenschap (binnen algemene waarborgen) om maatwerk vraagt, waarbij de duur van het verblijf een belangrijke parameter vormt voor de vormgeving van de medezeggenschap.

NB: Om recht te doen aan de branchespecifieke inkleuring is op een aantal punten in de bijlage specifiek vanuit een bepaalde brancheorganisatie gereageerd.

5. Positie verzekeraars

Een deel van de cliëntenrechten vindt zijn spiegelbeeld in plichten van verzekeraars. Daar waar de inzet van de wet is om zaken voor cliënten integraal te regelen, kan dan ook niet aan de rol en de positie van de zorgverzekeraars voorbij worden gegaan. De regeling van bijvoorbeeld de afstemming tussen zorgaanbieders gaat zeer ver, terwijl over de zorgplicht van zorgverzekeraars/zorgkantoren, die van wezenlijke invloed is op het effectueren van cliëntenrechten, niets geregeld staat. Een andere vraag is bijvoorbeeld in hoeverre verzekeraars gehouden zijn de bij 'goede zorg' behorende kostprijs in de tarieven op te nemen.

6. Goed bestuur

Goed bestuur van zorginstellingen is van groot belang, maar een individueel cliëntenrecht is het niet. Een aantal onderwerpen gerelateerd aan de WTZi (goed bestuur/governance, continuïteit van zorg, verbod op winstuitkering, behoud van waarde onroerende zaken, inzichtelijk maken van bedrijfsvoering en sanering) zijn onderwerpen die in onze ogen niet thuis horen in een wet die individuele cliëntenrechten regelt. Zoals bekend, werken wij op

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:





dit moment hard aan een nieuwe governancecode en daarmee samenhangende thema's. Graag gaan wij hierover separaat op korte termijn het overleg met u aan.

Ten slotte

Afrondend merken wij op dat de uitgangspunten die aan de wet ten grondslag liggen door zorgaanbieders worden onderschreven. Wij willen een betere positie van de cliënt in de zorgrelatie. De weg waarlangs dat nu wordt vormgegeven, schiet echter op teveel punten tekort. Dit kan en moet beter en anders geregeld worden.

Met vriendelijke groet

mr. J.A.M. Landman
voorzitter directeurenoverleg

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:



BIJLAGE ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 1 ev.

Op pagina 18 in de algemene toelichting van de Wcz is aangegeven dat de nieuwe wet niet geldt voor bemiddelingsbureaus van ZZP-ers. Onduidelijk is echter welke gevolgen dit heeft voor de huidige rol van bemiddelingsbureaus van ZZP-ers in de praktijk. Uit het Kort Geding over het Convenant ZZP-bemiddeling door bemiddelingsbureaus volgt dat het op grond van de AWBZ de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de WTZi verboden is om bemiddelingsbureaus te contracteren, omdat bemiddelingsbureaus geen zorg leveren resp. niet verantwoordelijk zijn voor de (kwaliteit van) zorg. Dit geldt wat ActiZ betreft ook voor de Zorgverzekeringswet. ActiZ leidt uit het wetsontwerp af dat bemiddelingsbureaus van ZZP-ers derhalve geen enkele rol meer in het zorgproces zullen mogen spelen en derhalve dus geen zorg kunnen contracteren op grond van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet.

In de memorie van toelichting (blz. 17 laatste regel) staat dat als een zorgorganisatie ZZP-ers inhuurt, deze via aanwijzingen moet waarborgen dat de ZZP-er jegens de cliënt aan de wet voldoet. Dit levert op grond van staande jurisprudentie een gezagsverhouding op tussen zorgorganisatie en ZZP-er. Als de zorgorganisatie de ZZP-er tevens rechtstreeks uitbetaalt met bijv. AWBZ-middelen dan is voldaan aan de voorwaarden van werkgeverschap en is de ZZP-er dus werknemer in dienst van de zorgorganisatie. De nieuwe wet versterkt dus de situatie dat het inhuren van ZZP-ers leidt tot onbedoeld werkgeverschap.

ActiZ heeft bij Staatssecretaris Bussemaker meermalen aandacht gevraagd voor de positie van ZZP-ers. Er dient geconstateerd te worden dat een individuele ZZP-er niet, dan wel niet adequaat kan voldoen aan de wettelijke eisen en de veldnormen rond kwaliteit en continuïteit van zorg en de meting en verantwoording daarvan. Ook het toezicht op de werkzaamheden van ZZP-ers door de IGZ is problematisch, zoals door IGZ zelf ook is geconstateerd. Indien deze regels niet of in mindere mate (gaan) gelden voor ZZP-ers, dan zouden deze in het kader van het level playing field evenmin moeten gelden voor zorgorganisaties.

Artikel 1 lid 1.

Hier is 'Zorg' gedefinieerd als 'omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de AWBZ'. Dit is een hele ruime omschrijving. Wellicht is het beter te verwijzen naar 'zorg waarop aanspraak bestaat bij of krachtens de Zvw of de AWBZ'? Dit om te voorkomen dat mensen zorg eisen terwijl de huisarts of andere verwijzer dit niet nodig acht.

Verder is een definitie van het begrip 'wettelijk vertegenwoordiger' gewenst. Met name vanuit de ggz, kinder- en jeugdpsychiatrie komt deze wens. Het wetsvoorstel zegt: 'de persoon die het gezag over hem uitoefent'. Dit gaat verwarring opleveren bij gescheiden ouders die met elkaar in conflict zijn, maar die wel beiden het gezag over een kind hebben (dit is dagelijkse kost in de kinder- en jeugdpsychiatrie). Bij gescheiden ouders met gezamenlijk gezag moeten namelijk beide ouders toestemming geven. In het voorstel kan de verwarring ontstaan dat toestemming van één van de wettelijk vertegenwoordigers voldoende is. Zorg ook voor afstemming met het 'wetsvoorstel verplichte GGZ' en het wetsvoorstel 'Zorg en Dwang'.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Artikel 1 lid 2.

Zorgverlening binnen de instelling door een persoon die in een ander organisatorisch verband werkzaam is, wordt beschouwd als onderdeel van de instelling. Dit versterkt wederom het risico van het onbedoeld werkgeverschap, omdat de zorgorganisatie eindverantwoordelijk wordt gesteld voor de activiteiten die ZZZP-ers in onderaanneming hebben verricht. Ook vormt de inleenaansprakelijkheid op loonbelasting en sociale verzekeringspremies een risico; hiervan is met name sprake in het geval onderaanneming via bemiddelingsbureaus van ZZZP-ers plaatsvindt, het bemiddelingsbureau werkgever blijkt te zijn en daardoor in financiële problemen komt.

Houdt artikel 1 lid 2 ook in dat in het geval dat een tandarts zorg komt verlenen bij cliënten in een gehandicapteninstelling of verpleeghuis, de tandarts wordt beschouwd als zorgverlener van deze instelling? Betekent dit dat de instelling dan verantwoordelijk is voor de kwaliteit van deze tandarts? Of kan via een aparte overeenkomst tussen instelling en tandarts worden geregeld dat de instelling niet aansprakelijk is voor schade ontstaan door handelingen van de tandarts? En maakt het uit of die zorgverlener structureel voor de zorgaanbieder werkt. Begrijpen wij het wetsvoorstel goed, dan geldt het ook voor die min of meer 'incidentele' gevallen dat voor de tijd dat zij in de instelling werken deze onder de verantwoordelijkheid van de instelling vallen. Wij verzoeken om hierover helderheid te verschaffen en in de toelichting ook voorbeelden uit de care-sector op te nemen.

Artikel 1 lid 4

In artikel 1 lid 4 worden instanties genoemd waarop de Wcz niet geheel van toepassing is. Op dit moment wordt de verantwoordingsplicht van de Academische Ziekenhuizen geregeld in de WHW. Het zijn publiekrechtelijke organisaties die jaarlijks verantwoording afleggen aan de minister. De NFU vindt dat de Wcz ook op de Academische Ziekenhuizen niet geheel van toepassing moet zijn, bijvoorbeeld niet voor wat betreft de onderdelen medezeggenschap, jaarverantwoording en goed bestuur.

ActiZ geeft aan dat de jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd door twee - juridisch gezien - zeer verschillende organisaties: een gemeentelijke dienst (GGD) en de ander een zelfstandige (meestal private) organisatie (zorgorganisatie). Dat de GGD'en een uitzonderingspositie in de Wcz krijgen, is een logische gevolgtrekking wat betreft 'goed bestuur' en wellicht ook 'medezeggenschap'. Echter, in de Stuurgroep maatschappelijke verantwoording publieke gezondheidszorg is de inzet dat voor de jeugdgezondheidszorg één set prestatie-indicatoren wordt afgesproken die voor zorgorganisaties en GGD'en hetzelfde zijn, zodat prestaties transparant worden. ActiZ vindt het van groot belang dat GGD'en voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg zich op dezelfde indicatoren verantwoorden als zorgorganisaties, en dat zij dit publiekelijk doen evenals zorgorganisaties.

Artikel 5

In de toelichting staat dat de zorgaanbieder in geval van minderjarigen en wilsonbekwamen niet ontslagen is van de verplichting om ook de cliënt zelf om zijn mening te vragen. Bij lid 4 staat dat op grond van goed hulpverlenerschap, de hulpverlener soms de mening van de cliënt moet laten voorgaan op die van de genoemde vertegenwoordigers (o.a. mentor/ouders). Het lijkt erop dat de zorgaanbieder met betrekking tot de genoemde rechten tegenover beiden verplichtingen heeft: de cliënt zelf en de mentor/ouders etc. De toelichting voorziet (nog) niet in de situatie dat de zorgaanbieder de cliënt op onderdelen wilsbekwaam acht (zie ook het gestelde onder artikel 23 tweede lid). Stel dat dit het geval is, hoe dient hier mee dan te worden

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

omgegaan? Moet dan toch nog de mening van de mentor gevraagd worden, om vervolgens te constateren dat de mening van de cliënt voorgaat. Of kan de zorgaanbieder volstaan met in het dossier op te nemen dat de cliënt terzake wilsbekwaam wordt geacht en hoeft hij niet meer toe te komen aan het vragen van de mening van de mentor/ouders?

Het verdient aanbeveling om nu met deze wet een voorziening te treffen voor de situatie dat wilsonbekwame cliënten geen naaste familieleden meer hebben die als vertegenwoordiger kunnen optreden, zodat ook die cliënten een vertegenwoordiger hebben.

De WBP hanteert een leeftijd van zestien jaar, de Wcz van twaalf jaar. Houdt dit in dat voor alle gezondheidskwesties waarbij de WBP een leeftijd van zestien jaar hanteert, de Wcz prevaleert (dus twaalf jaar) en de WBP dan niet meer van toepassing is? Of is er nog een situatie denkbaar dat de WBP wel zou gelden?

Artikel 5 lid 1

Is hier mogelijk een foutje gemaakt door artikel 19 op te nemen (dit artikel is namelijk geschrapt)? Wordt hier mogelijk artikel 20 bedoeld? In artikel 20 lid 2 is de toestemming in de leeftijdscategorie 12-16 jaar geregeld, maar de kinderen onder 12 jaar staan er niet bij; de vertegenwoordiging van deze laatste categorie moet in artikel 5 lid 1 worden geregeld.

In de opsomming van artikel 5 lid 1 moet artikel 23a (vernietiging dossier) ook worden meegenomen. Het lijkt erop dat dit artikel later is tussengevoegd en vervolgens niet in het rijtje is meegenomen.

Verder leidt het opnemen van artikel 31 in genoemd rijtje tot de consequentie dat kinderen onder de 12 jaar niet zelfstandig een klacht kunnen indienen. De WKZ stelt geen leeftijdseis voor het indienen van een klacht, dus op dit moment is dat wel mogelijk. Overigens lijkt het logischer om artikel 21 leden 2 en 3 bij artikel 5 onder te brengen, omdat de bepaling in deze beide artikelleden is gekoppeld aan de situatie van wilsonbekwaamheid. De vraag is wat het kernpunt van deze beide bepalingen is, namelijk het regelen van de positie van een wilsonbekwame en diens vertegenwoordiger.

Hoofdstuk 2. Goede zorg

Paragraaf 1. Kwaliteit

Artikel 6 lid 1 en pag. 20 algemene toelichting

Het begrip 'goed hulpverlenerschap' is vervangen door het begrip 'goede en verantwoorde zorg'. Daarmee is ook de relatie met de norm in het medisch tuchtrecht en de hierop ontwikkelde jurisprudentie verdwenen. De memorie van toelichting tracht aan dit begrip nadere invulling te geven, echter de daadwerkelijke omvang van 'goede en verantwoorde zorg' is noch voor de zorgaanbieder noch voor de cliënt voldoende uitgekristalliseerd. De verhouding tussen de (centrale) aansprakelijkheid van de zorgaanbieder en de individuele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de beroepsbeoefenaar is zoek. De gekozen formulering in het wetsvoorstel wekt de suggestie dat de zorgaanbieder verantwoordelijk wordt gesteld voor de individuele beroepsuitoefening van de zorgverlener. Dat kan ons inziens geen goede ontwikkeling zijn omdat het, naast praktische aansturingproblemen bij beroepen als arts en psycholoog, veel te eenzijdig de verantwoordelijkheid bij het bestuur van de zorgaanbieder legt. De huidige regeling in de Kwaliteitswet en de wet Big is in dit

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

opzicht beter. Om te voorkomen dat onjuiste verwachtingen worden gewekt, dient dit onderwerp nader en beter te worden uitgewerkt.

Voorts wordt -door de wijze van formuleren (o.a. ook noemen van veilige en tijdige zorg)- de suggestie gewekt dat de inspanningsverplichting van de zorgaanbieder verschuift naar een resultaatsverplichting. Het behoeft geen nadere toelichting dat de gezondheidszorg zich slechts voor een zeer beperkt gedeelte leent voor het hanteren van een resultaatsverplichting. Deze verschuiving is gezien voorgaande niet wenselijk en dient nadrukkelijk te worden genuanceerd. Het is de vraag of de zorgaanbieder ook altijd de plicht tot het leveren van tijdige zorg kan nakomen; dit is afhankelijk van verschillende factoren waar op de zorgaanbieder niet altijd invloed op kan uitoefenen.

In de sector VVT (Verpleging, verzorging en thuiszorg) wordt veiligheid ondergebracht in kwaliteitssystemen die goed geïmplementeerd zijn in de branche. Voor de branche is 'aandacht voor veiligheid' een vast speerpunt. Hoe veiligheid binnen de branche geborgd blijft, is een continue proces van verbetering waarbij bestaande methoden worden geëvalueerd en bijgesteld waar dat nodig is. Aandachtspunten daarbij zijn het verhogen en borgen van de veiligheid door bestaande kwaliteitssystemen uit te breiden met risico-inventarisaties en -analyses. Ter ondersteuning van verbeteringen in de veiligheid van de zorg is de methode 'Veiligheid in de V&V' ontwikkeld en verspreid. Deze methode wordt ondergebracht in het programma 'Zorg voor Beter' waardoor ondersteuning bij de implementatie gewaarborgd is. De veiligheid in de VVT wordt aldus systematisch gemonitord, geborgd en verbeterd. Een apart veiligheidssysteem is daarmee overbodig.

ActiZ pleit er daarom voor om in plaats van de term het veiligheidsmanagementsysteem het woord 'veiligheidsmanagement' te gebruiken. De zin 'Invoering van veiligheidssystemen bij zorgaanbieders is essentieel' op pagina 20 van de memorie van toelichting, algemeen deel, wordt dan: *'Aandacht voor veiligheidsmanagement bij zorgaanbieders is daarvoor essentieel, in de vorm van een apart veiligheidsmanagementsysteem of geïntegreerd in bestaande kwaliteitssystemen.'*

Artikel 6 lid 2

In artikel 6 staat dat de zorg ook doelmatig moet zijn. Het is wenselijk dat in de toelichting wordt uitgelegd wat hier onder doelmatig moet worden verstaan. In hoeverre speelt de kostprijs van de zorg hierin een rol? De professional (VG-arts, psycholoog e.a.) zal mogelijk een andere -lees duurder- norm bij 'goede zorg' hanteren dan de zorgaanbieder, die een instelling in stand moet houden.

Tevens staat in dit artikel dat de zorg tijdig moet worden verleend. Dit wordt vaak niet door de zorgaanbieder, maar door de zorgverzekeraar/zorginkoper bepaald. Dat roept de vraag op waarom een niet te handhaven norm in de wet wordt opgenomen. Er dient op zijn minst in de memorie van toelichting verwezen te worden naar de context van de verzekerde zorg/zorgaanspraken c.q. de rol van de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder kan immers via deze wet niet meer plichten krijgen dan hetgeen is ingekocht door de verzekeraar (inclusief volume en kwaliteit).

Artikel 6a

In dit artikel wordt goed 'cliëntschap' gemist. In de memorie van toelichting wordt nog algemeen geldende omgangsvormen genoemd, maar dit is in de wettekst zelf niet vertaald in een norm of plicht voor de cliënt. De BoZ bepleit om de norm van goed cliëntschap in de wet op te nemen.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Als de cliënt geen informatie verstrekt, dan kan de zorgaanbieder geen goede zorg leveren. Voor de gehandicaptenzorg, die vaak levenslang en levensbreed is, kan dit betekenen dat voortdurend ook geen goede zorg door de zorgaanbieder geleverd kan worden. Dit zou onder die omstandigheden dan ook een beëindiginggrond voor de zorgaanbieder moeten kunnen zijn. Artikel 22 voorziet hier niet in. In artikel 6a dient dan ook te worden opgenomen dat in geval van langdurige zorg en bij het voortduren van het niet willen meewerken door de cliënt, de zorgaanbieder de zorg moet kunnen beëindigen en niet van de zorgaanbieder kan worden verlangd dat hij de zorg voortzet (zie ook het gestelde bij artikel 22 over verbod beëindiging, tenzij).

De cliënt is verplicht om de zorgaanbieder naar beste weten inlichtingen en medewerking te geven. Het zou goed zijn om de nuance naar beste weten/ kunnen ook aan te brengen in de verplichtingen van de zorgaanbieder. Dit zou betekenen dat de cliënt kan afdwingen dat de zorgaanbieder naar beste weten kunnen goede zorg levert, informatie verstrekt etc. Zorgverleners worden bovendien begrensd in hun mogelijkheden om (goede) zorg te verlenen door het publiekrechtelijk kader waaraan zij gebonden zijn. De Zvw, WTZi, AWBZ en andere regelgeving, alsmede het beleid van de zorgverzekeraars bepalen voor een groot deel welke zorg kan worden aangeboden. Het zou goed zijn in art. 6 lid 2 toe te voegen dat een en ander geldt 'binnen het (publiek)rechtelijk kader waaraan de zorgverlener gebonden is'.

Het is een gemiste kans dat noch in het wetsvoorstel noch in de memorie van toelichting wordt gerept over de vertrouwensrelatie tussen de zorgaanbieder en de patiënt. Het gaat louter om afdwingbare rechten en plichten. Dit werkt een verzakelijking van deze relatie en 'defensive medicine' in de hand.

Artikel 7

Het wetsvoorstel gaat er aan voorbij dat de zorgaanbieder voor de organisatie en kwaliteit van de zorgverlening mede afhankelijk is van derden en het publiekrechtelijk kader waarbinnen wordt geopereerd. In dit kader verdient de voorwaardenscheppende rol (bijvoorbeeld op de behandelrelatie) van de zorgverzekeraars aparte vermelding. Met het oog hierop rijst de vraag of ook de zorgverzekeraars op enigerlei wijze een plaats moeten krijgen binnen deze wet.

Aan dit artikel moet worden toegevoegd: 'binnen de wet- en regelgeving'. Immers er staat onder andere in dit artikel '*dat de zorgaanbieder voorziet in voldoende materiële middelen die leiden tot het verlenen van goede zorg*'. De zorgaanbieder is daarbij wel afhankelijk van de financiering door de overheid.

Artikel 8

In artikel 8 wordt bepaald dat bij een AMvB de gestelde regels nader kunnen worden omschreven. Het zou overzichtelijker zijn om de uitwerking van het begrip goede en verantwoorde zorg in de Wcz en niet in een AMvB op te nemen.

Artikel 9 lid a

Hoewel het artikel 'beschikbaar hebben van geestelijke verzorging' reeds in de Kwaliteitswet stond, wil de BoZ toch nog de volgende opmerkingen maken:
1. Het 'beschikbaar hebben van geestelijke verzorging' is een relatief begrip. Binnen de care-sector valt geestelijke verzorging qua financiering onder de 'stenen' en is als zodanig niet beschreven in de ZZP's (ZorgZwaarte Pakketten, de nieuwe intramurale

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

financieringsvorm). De hoeveelheid geestelijke verzorging is in het algemeen mager en is bijvoorbeeld in de verzorgingshuizen aanvullend op de wijkpredikant e.d. Deze tekst kan er toe leiden dat de verwachting bestaat dat de zorgaanbieders 'voldoende' geestelijke verzorging kunnen bieden en nog van verschillende kerkelijke achtergrond ook. Dit kan te hoge verwachtingen scheppen. Als in de toelichting op dit artikel komt te staan dat afspraken met kerken etc. ook onder het begrip '*beschikbaar zijn*' vallen, geeft dat voldoende ruimte.

2. Er is geen beperking tot de AWBZ. Het is de vraag of het budget toereikend is als straks de kortdurende zorg naar de zorgverzekeringswet gaat (2010).

Wat is de reikwijdte van zoveel mogelijk aansluiten bij de levensovertuiging en is dat werkbaar? Of mag omgekeerd de zorgaanbieder zijn religieuze grondslag in zijn aannemebeleid opnemen. Stel dat de cliëntenraad hiermee instemt, kan de zorgaanbieder dan cliënten met een andere signatuur weigeren op te nemen?

Overigens is het inhoudelijk gezien een vreemde combinatie om zowel de geestelijke verzorging als het leefwensenonderzoek in hetzelfde artikel op te nemen.

Artikel 9 b

De vraag die de BoZ hierbij stelt is wat zijn *betrokken* cliënten? In de sector V&V is – anders dan in de gehandicaptenzorg – het leefwensenonderzoek tot nu toe niet verplicht omdat bouwvoornemens pas realiteit worden voor toekomstige bewoners.

Bouwvoorbereiding tot ingebruikname duurt namelijk langer dan de gemiddelde verblijfsduur van de bewoners. De BoZ stelt voor om in de laatste zin tussen de woorden '*betrokken*' en '*cliënten*', tussen haakjes het woord '*(toekomstige)*' op te nemen en in de toelichting uit te leggen wat de doelstelling van deze bepaling is.

Artikel 10 en 11

Het is mogelijk om tot de cliënt herleidbare gegevens in het register op te nemen zonder diens toestemming, ten behoeve van de verplichting van de zorgaanbieder zorg te dragen voor systematisch bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Artikel 21 lid 1 onder a WBP biedt hiertoe de ruimte. Hoe vertaalt zich dit in de praktijk? Kan dit register ook ter beschikking worden gesteld aan interne en externe auditoren, bijvoorbeeld ten behoeve van een HKZ-audit? Of moet er dan alsnog toestemming worden gevraagd aan de cliënten, of moet er een anonimisering plaatsvinden van de gegevens? Het is wenselijk dat de memorie van toelichting over dergelijke vragen helderheid verschaft.

Het voorgestelde kwaliteitsregister kan er toe bijdragen dat door middel van 'lessons learned' wordt gestreefd naar verdere verbetering van de kwaliteit. Dit moet dan wel kunnen geschieden in een omgeving waarin veilig kan worden gemeld. Dit is de reden dat het genoemde kwaliteitsregister geen openbaar karakter heeft. Wel worden er uitzonderingen gemaakt voor de toegankelijkheid tot (inzage in!) het register door de IGZ, het OM en de externe geschilleninstantie. Doordat het register, zij het onder voorwaarden, in aanzienlijke mate voor deze derden toegankelijk zal zijn, is het risico aanwezig dat dit negatieve consequenties heeft voor de (interne en externe) meldingsbereidheid. Het streven moet dan ook zijn dat het kwaliteitsregister uitsluitend voor intern gebruik wordt bedoeld. Indien de wetgever onverhoopt vasthoudt aan de toegankelijkheid van bovengenoemd register voor OM, IGZ en externe geschilleninstantie, dan moeten de voorwaarden en waarborgen waaronder dat plaats kan vinden strikt worden geformuleerd. Zoals de laatste zin van artikel 11 lid 2 nu is geformuleerd, kunnen en zullen IGZ en OM hiervan altijd gebruik maken.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

In artikel 10 wordt een voorschot genomen op het kunnen sturen op basis van cijfers, terwijl de gezondheidszorg nog niet zover is. Bovendien is niet duidelijk aan welke voorwaarden het zogenoemde kwaliteitsregister moet voldoen (voldoen bijvoorbeeld NIAZ en INK?). Voorts laat de wet in het midden wanneer (bij)sturing op basis van de uitkomsten nodig is; is daar sprake van vrije beleidsruimte of wordt dat (gedeeltelijk) ingekaderd door bijvoorbeeld de IGZ? Daarnaast is de relatie tot de Wbp niet helder: waar het in de Wbp gaat over het 'verwerken' van persoonsgegevens, wordt in de Wcz de term 'opnemen' gebruikt.

Paragraaf 2 – Afstemming tussen zorgaanbieders

Algemene opmerkingen

Artikelen 12a tot en met 14 betreffen afstemming tussen zorgaanbieders. Het is goed dat de wetgeving hieraan aandacht besteedt, maar vanuit het oogpunt van werkbaarheid en duidelijkheid heeft de BoZ grote aarzelingen bij de voorgestelde bepalingen. Het is niet altijd duidelijk op wie welke verantwoordelijkheid rust; wordt in deze bepalingen de individuele beroepsbeoefenaar bedoeld of de instelling?

Het wetsvoorstel geeft de zorgaanbieder alle verantwoordelijkheid om tot goede afstemming te komen. Dit gaat erg ver. Het vergt extra taken van een zorgaanbieder die, los gezien van ontbrekende bekostiging, afstemming moet waarmaken die in een individuele situatie lastig afdwingbaar is. Ook het aanwijzen van één aanbieder die als primus inter pares optreedt vindt BoZ te ver gaan omdat dit veel afstemming zal vergen. Een ander probleem is dat de uitvoerbaarheid van alle vereiste communicatie en overleg niet haalbaar is binnen de gegeven structuur van ICT en registratie- en communicatiemiddelen, die zich ook nog eens traag en los van elkaar ontwikkelen.

Artikel 12 a

Het verdient aanbeveling om extra te vermelden in de memorie van toelichting (bij het overzicht van relevante wetten) en de artikelsgewijze toelichting dat door de wijziging van de Wet op de Jeugdzorg, risico's die zich voordoen bij jeugdigen gemeld gaan worden bij een landelijke elektronische verwijsindex. Dit ter verbetering van de zorgverlening aan jeugdigen, waar vaak meerdere disciplines bij komen kijken. De verwijsindex brengt de verschillende professionals die een risico signaleren bij één bepaalde jeugdige, samen. Wat is de status van incidentmelding in de zin van de Wcz ten opzichte van het melden van een risico bij de verwijsindex? Om te illustreren met een voorbeeld: een te melden risico in de zin van de verwijsindex is 'jeugdige staat bloot aan geestelijk of lichamelijk geweld...'. Hiertoe wordt ook seksueel misbruik gerekend waarover de Wcz het heeft in artikel. Dit feit kan vanuit tweeërlei oogpunt gemeld worden als calamiteit met mogelijke gevolgen voor de instelling maar ook als risico in de zin van de verwijsindex.

Bij dit artikel dient te worden toegevoegd 'met inachtneming van artikel 6 a'. Op deze wijze wordt een directe koppeling gemaakt met de inlichtingenplicht en de plicht om mee te werken van de patiënt. Daarnaast kan worden geconstateerd dat deze bepaling te vergaand is: de cliënt kan van de zorgaanbieder eisen dat deze de afstemming en coördinatie op zich neemt. Indien de zorgaanbieder een klein aandeel heeft in de zorgverlening, geeft dit uitvoeringsproblemen. Bij cliënten met multi-problemen kan afstemmen en coördineren een omvangrijke taak zijn waarin niet is voorzien in de indicatiestelling en financiering. Het wetsvoorstel creëert een gezamenlijke verantwoordelijkheid, open blijft of die aanwijzing tot een verplichting voor die betreffende

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

zorgverlener leidt. De relatie tot financiering is niet geregeld. Moet de cliënt aangeven afstemming te willen, of is de zorgaanbieder daartoe zonder meer verplicht? Voor afstemming lijkt toch afzonderlijke toestemming voor nodig, alleen al met het oog op gegevensuitwisseling.

Artikel 12 a gaat er vanuit dat de cliënt een eerlijk antwoord geeft over de verschillende zorgaanbieders die een zorgrelatie met hem hebben. Maar wat als de cliënt niet eerlijk is; ligt het risico dan bij de cliënt? Het verdient aanbeveling ook op deze situatie in te gaan in de memorie van toelichting.

Artikel 13 lid 1

Het wetsvoorstel richt zich op ketenzorg en afstemming tussen verschillende zorgaanbieders. Onvoldoende duidelijk is vastgelegd hoe bijvoorbeeld de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden tussen de verschillende zorgaanbieders precies (komen te) liggen. Het lijkt er op dat de cliënt zijn recht jegens één zorgaanbieder dan wel jegens alle andere bij de ketenzorg betrokken zorgaanbieders kan doen gelden met een beroep op het recht op 'ketenzorg'. Hierdoor ontstaat een onwerkbaar en onwenselijke situatie.

Ten aanzien van de artikelen 13 en 14: een goed ontwikkeld EPD en een adequate beschrijving van de zorgpaden zijn twee belangrijke middelen die noodzakelijk zijn om de inhoud van beide artikelen goed te effectueren. Beide ontwikkelingen staan nog in de kinderschoenen. Voor de Wcz in zijn algemeenheid, maar voor de praktische invulling van artikel 13 en 14 in het bijzonder, is voldoende draagvlak in het veld onontbeerlijk.

Voorts dient de patiënt in te stemmen met de overdracht van de regierol aan een andere zorgaanbieder. Hierdoor kan de patiënt onnodig belemmerend te werk gaan en er voor zorgen dat een zorgaanbieder die geen zorg meer levert, wel verantwoordelijk kan worden gesteld. Omdat de patiënt zijn rechten kan doen gelden jegens alle partijen in de keten (lid 3), is instemming niet langer noodzakelijk. Een nuancering van het instemmingsrecht - bijvoorbeeld in die zin dat de patiënt overdracht niet kan weigeren indien sprake is van een te goeder naam bekend staande zorgverlener, dan wel zijn toestemming niet mag onthouden op onredelijke gronden - zou in ieder geval op zijn plaats zijn.

De vraag is bij wie de regierol moet komen te liggen. Is dit een individu, een maatschap/vakgroep of een andere partij? In het kader van de 24-uurs zorgverlening kan een individu niet als enige regievoerder worden aangewezen. Voorts geeft het wetsvoorstel niet duidelijk aan welke eisen aan een regievoerder worden gesteld en welke taak de regievoerder heeft; is het met name een logistieke/coördinerende taak en/of is tevens sprake van een (medisch) inhoudelijke taak? Afspraken behoeven alleen te worden gemaakt 'voor zover deze relevant' zijn voor de zorgverlening. Deze open norm zal worden ingevuld door de professionele standaard, aldus de algemene toelichting op pag. 20. Hoe bindend gaat die professionele standaard worden? Verder wordt door de toevoeging 'voor zover relevant' in dit artikel, zorgaanbieders de mogelijkheid geboden om zich aan de ketenzorg te onttrekken. Immers, er staat niet omschreven wanneer de verleende zorg niet relevant is voor de keten. Zorgaanbieders kunnen met een beroep op deze passage zich aan het overleg onttrekken. Er is dus een nadere toelichting nodig. Verder vragen wij ons af of dit artikel niet in strijd is met de wet mededinging. Immers, die wet verbiedt afspraken over de verdeling van werkzaamheden tussen zorgaanbieders.

De vraag is voorts of de in art. 13 lid 2 opgenomen verplichting altijd nodig en werkbaar is, met name bij volgtijdelijke zorg. Art. 13 lid 3 lijkt daarnaast een verregaande centrale

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

en zelfs hoofdelijke aansprakelijkheid bij ketenzorg te introduceren. Dit is niet alleen onwerkbaar, maar kan er ook toe leiden dat ketenzorg eerder wordt geremd dan gestimuleerd. Dat is niet in het belang van de patiënt en de kwaliteit van de zorg.

In de memorie van toelichting (blz 20) wordt over 'nadere uitwerking van goede zorg in lagere regelgeving' aangegeven dat richtlijnen meer dan tot nu toe een instrument voor handhaving door de Inspectie zullen zijn. Het kan echter niet zo zijn dat er los van andere kaders, criteria gaan gelden die bovendien autonoom ontwikkeld worden (door de Regieraad voor de Kwaliteit, waar de BoZ-partijen niet in vertegenwoordigd zijn).

Artikel 13 lid 2

Deze bepaling lijkt redelijk als gewerkt wordt met onderaannemerschap. Maar als, zoals in de care, gewerkt wordt met opeenvolgende zorgaanbieders, dan is dit in de praktijk niet te realiseren en onwerkbaar.

Artikel 14 lid 1

Deze bepaling roept de vraag op of van zorgaanbieders verlangd kan worden dat zij er voor moeten zorgen dat een cliënt bij een meer geschikte instelling terecht komt, terwijl het zorgkantoor de zorgplicht heeft. Het zorgkantoor contracteert. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een zorgaanbieder inhoudelijk wel de zorg kan leveren, maar geen ruimte heeft om de cliënt op te nemen in verband met de productie-afspraken met het zorgkantoor. De verwijzende zorgaanbieder heeft hier geen invloed op, maar zou hiervoor wel verantwoordelijk worden. De rol van de zorgverzekeraar wordt hier te makkelijk afgedaan en de verplichting voor de zorgaanbieder is te vergaand. Er kan hooguit van de verwijzende zorgaanbieder verwacht worden dat hij zich binnen een bepaalde regio/werkgebied ervan vergewist of een andere zorgaanbieder inhoudelijk geacht kan worden de zorg te kunnen leveren. Er kan niet verwacht worden dat de zorgaanbieder heel Nederland in beeld heeft. Waarom staat er in de toelichting dat hij erop moet letten dat de zorg tijdig beschikbaar komt? Dat hoort bij de verzekeraar thuis en niet bij de zorgaanbieder. Kortom, hoe ver gaat deze plicht van de zorgaanbieder en bovendien: hoe houdt die verplichting zich tot artikel 6a, de informatieplicht van de cliënt?

Dit artikel (met name lid 1) is praktisch niet uitvoerbaar en zal tot grote problemen leiden. Immers, het is voor een zorgaanbieder ondoenlijk om zich op alle fronten te vergewissen (dat is: 'zich zekerheid (te) verschaffen') of een andere zorgaanbieder de zorg kan verlenen. Hierbij moet niet alleen worden gedacht aan tijdigheid en bevoegdheid, maar ook aan bijvoorbeeld zeer specifieke kennis, kunde en ervaring alsmede organisatorische en facilitaire aspecten die van invloed zijn op het leveren van zorg. Lid 3 is onzorgvuldig geformuleerd. Beter is het om de desbetreffende instanties te benoemen: in plaats van 'hij' de 'zorgaanbieder' en in plaats van 'die huisarts' 'de huisarts van de cliënt'.

Bij doorverwijzing naar een andere zorgaanbieder moet de zorgaanbieder volgens art 14 lid 1 zich vergewissen dat zijn doorverwijzing niet leidt tot onaanvaardbare lange wachttijden! En zo ja, dan draagt hij zorg voor een passend alternatief. De BoZ vraagt zich af hoe dit zich verhoudt tot de huidige zorgplicht van zorgkantoren: zij zijn verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg. Als zorgkantoren onvoldoende zorg inkopen, is het onacceptabel dat de zorgaanbieder verantwoordelijk wordt gehouden voor onvoldoende zorg. Verder is het niet helder welke rechten de cliënt heeft jegens het zorgkantoor/-verzekeraar c.q. welke zorgplicht het zorgkantoor/-verzekeraar heeft waar de cliënt (en zorgaanbieder) op kunnen rekenen.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Artikel 14 lid 2

Dient de zorgaanbieder geen toestemming aan de cliënt te vragen voor het verstrekken van zijn gegevens aan een andere zorgaanbieder?

Artikel 15

De huidige formulering van dit artikel betekent dat de huisarts altijd moet doorverwijzen, ook als dit in de ogen van de huisarts niet nodig is. Om meerdere redenen is dit onwenselijk. Derhalve moet worden toegevoegd dat de huisarts met inachtneming van goed hulpverlenerschap, ondersteuning biedt aan de cliënt.

Hoofdstuk 3. Informatie, toestemming, dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Wetsvoorstel vanuit cure geschreven

Zoals reeds geconstateerd in onze reactie op hoofdlijnen, is het wetsvoorstel vooral vanuit de cure geschreven. De artikelen uit de Wgbo die zijn overgeheveld naar het onderhavige wetsvoorstel zijn niet bekeken op hun 'carebestendigheidsgelalte', reden waarom de wettekst veel vragen oproept die verband houden met de aard en inhoud van de caresector. Zo lijkt bijvoorbeeld de vrije keuze van de hulpverlener toegespitst op de beroepsbeoefenaar in de curatieve zorg. De vraag is hoe de toelichting op blz. 27 van de memorie van toelichting moet worden geïnterpreteerd in relatie tot de intramurale zorg als het gaat om de persoonlijk begeleider, de orthopedagoog, de geriater etc. Nergens worden de beperkingen beschreven die intramurale instellingen nu eenmaal hebben. Een ander voorbeeld is dat gesteld wordt dat de cliënt de regie voert over de zorg. Formeel is dit afgedekt omdat onder cliënt de (wettelijk) vertegenwoordiger wordt begrepen. Maar nergens wordt de mogelijkheid van tegenstrijdige belangen beschreven of wordt aandacht besteed aan de mogelijkheid dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet in staat is om regie te voeren.

Publieke regeling versus private regeling

Een ander belangrijk punt is het feit dat er ondanks veel bezwaren uit het veld, toch gekozen is voor een publieke regeling. De argumentatie voor de publieke regeling is ons inziens niet overtuigend. Zo stelt de memorie van toelichting als argument voor de verbintenis uit de wet, dat er ook rechten zijn voordat er sprake is van een overeenkomst. Dit geldt voor het recht op informatie. Op zich klopt dit argument, maar dit recht was al goed geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg, dus dit is geen reden om voor een publieke regeling te kiezen.

Een groot deel van de Wgbo wordt overgeheveld naar de Wcz. Hiermee verdwijnt een duidelijk kader waarmee het veld vertrouwd is geraakt. Een deel van de Wgbo blijft bestaan, hetgeen betekent dat in de toekomst dus twee wetten van toepassing zullen zijn, de Wgbo en de Wcz. Het privaatrecht (BW) blijft daarmee ook onverkort van toepassing. Het kiezen voor een publiekrechtelijke regeling met instandhouding van een deel van de Wgbo, ondermijnt volgens Prof. Hartlief in zijn preadvies voor de VGR in 2007 de systematiek van het BW en scheidt onduidelijkheid bij zorgaanbieders en cliënten bij de behandelingsovereenkomst. Het zal dan ook afstemming vereisen om samenloop of overlap te voorkomen.

Ten slotte staat het kiezen voor een publieke regeling haaks op het feit dat het belang van het ontwikkelen van algemene voorwaarden die gelden bij zorgovereenkomsten tussen

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

betrokken partijen, in het wetsvoorstel wordt onderstreept en gestimuleerd: daarmee wordt juist het overeenkomstenkarakter van de relatie cliënt-zorgaanbieder benadrukt. In artikel 6:231 van het BW worden algemene voorwaarden gedefinieerd als 'een of meer bedingen die zijn opgesteld om in een aantal overeenkomsten te worden opgenomen, met uitzondering van ... kern van prestaties.....'. Dit betekent dat algemene voorwaarden niet kunnen 'bestaan' zonder een overeenkomst. In de toelichting bij dit onderdeel op blz. 16 staat dat 'ook waar geen sprake is van een overeenkomst, de in een bepaalde sector gehanteerde algemene voorwaarden zullen kunnen doorwerken in de rechtsverhouding die de desbetreffende zorgrelatie beheerst'. De vraag is of een dergelijke doorwerking juridisch juist is. Immers volgens artikel 6: 231 is een overeenkomst nodig voor het kunnen bestaan van algemene voorwaarden. Dus ook voor tweezijdige algemene voorwaarden is volgens geldend recht een overeenkomst nodig. Welke situaties in de zorg waarbij er 'doorwerking' zou kunnen plaatsvinden, worden in de memorie van toelichting bedoeld? Het is van belang dat er helderheid wordt geschapen over situaties waarin onduidelijkheid kan bestaan.

Geen verbreding 'rest' BW naar caresector

De geneeskundige behandelingsovereenkomst blijft deels bestaan, maar wordt niet verder verbreed naar de care. De vraag is dan wat de juridische status is van de zorgrelaties in de care. Het wetsvoorstel geeft de cliënt geen uitsluitel wanneer er wel of geen sprake is van een overeenkomst. Dit moet kennelijk de zorgaanbieder alsnog doen. Dat is niet juist. De memorie van toelichting zal hierover voorbeelden en duidelijkheid moeten geven. Is er sprake van een overeenkomst als de zorgaanbieder AWBZ-zorg in natura levert? Stel de AVG-arts of de verpleeghuisarts van deze zorgaanbieder behandelt een verblijfscliënt, mag de instelling zijn aansprakelijkheid voor het handelen van die AVG-arts of die verpleeghuisarts beperken? Is het anders als de psycholoog of orthopedagoog van de zorgaanbieder aan een verblijfscliënt 'behandeling' (het opleggen van een vrijheidsbeperking) geeft: met andere woorden, mag de instelling zijn aansprakelijkheid dan beperken? Is er een verschil als de cliënt volledig pakket thuis heeft en zijn verblijf zelf regelt en hij die behandeling krijgt?

Individuele rechten versus collectieve rechten

Tot slot is de BoZ van mening dat de individuele rechten op keuze-informatie, een klachtenregeling, een medezeggenschapsregeling en maatschappelijke verantwoording, collectieve rechten zouden moeten zijn. Deze rechten lenen zich immers naar hun aard voor een collectieve benadering. De rechtspositie van de cliënt wordt met dit voorstel dan ook niet verbeterd. Het is alleen maar moeilijker voor een cliënt om individueel een collectief recht af te dwingen, mocht hij het al überhaupt willen/kunnen afdwingen.

Artikel 16

Dit is een hele brede formulering, temeer omdat onder cliënt ook de aspirant-client wordt verstaan (artikel 1.1.d). Heeft de zorgaanbieder een contractuele relatie met de aspirant-client?

Verder vragen wij ons af of van zorgaanbieders mag en kan worden verwacht dat zij zullen kunnen voldoen aan al hetgeen artikel 16 voorschrijft. Dit zal de administratieve lastendruk voor zorgaanbieders opvoeren. Het deugdelijk informeren van een patiënt is uiteraard een 'must'. Echter, de op basis van dit artikel aan te leveren informatie is dermate omvangrijk dat aan de meerwaarde daarvan voor de cliënt kan worden getwijfeld. Vragen die dit artikel oproept, zijn onder andere hoe ver moet worden gegaan in de informatieverstrekking en op welke wijze deze informatieverstrekking moet worden ingevuld. Ook is het de vraag of de cliënt dit recht op individueel niveau moet worden

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

gegeven. Het bieden van keuze-informatie aan cliënten kan veel beter op een collectief c.q. instellingsniveau worden gegeven dan op het niveau van elke individuele hulpverlener. Want op het individuele niveau zal het veel tijd en geld kosten, terwijl de cliënt er weinig mee wint; sterker nog, zelfs mee verliest, want het zal ten koste gaan van de tijd die beschikbaar is voor de eigenlijke zorgverlening.

Artikel 17 lid 3

Ondanks dat de therapeutische exceptie zelden voorkomt, zou het goed zijn om de in de tweede volzin genoemde 'ander dan de cliënt' nader te specificeren.

Artikel 8, 17 en 20 (en 22) in samenhang

Onder artikel 8 komt het Besluit zorgplanbespreking te hangen. Er wordt duidelijk gesteld dat dit zorgplan geen overeenkomst is. De BoZ is van mening dat de zorgaanbieder en cliënt (ook bij naturazorg) een overeenkomst aangaan en het eens moeten zijn over het zorgplan, omdat via dit zorgplan in de caresector uitvoering gegeven wordt aan de overeenkomst. Door ondertekening van het zorgplan blijkt dat de cliënt zijn toestemming geeft voor de uitvoering en hierna maakt het zorgplan deel uit van de overeenkomst.

De zorgaanbieder moet de cliënt informeren over de zorg ex artikel 17. Valt dit informeren en het recht op overleg over de aangeboden zorg samen met 'een bespreking houden' als bedoeld in het Besluit zorgplanbespreking? Het zorgplan is essentieel met betrekking tot welke doelen je met de cliënt hebt gesteld en hoe je voorstelt als zorgaanbieder om die doelen te uit bereiken (lees: uitvoeren van de overeenkomst). Er zal dan sprake zijn van een overeenkomst. Hoe moet anders het vereiste van de toestemming (ex artikel 20) in deze worden gezien dan als 'aanbod en aanvaarding' als in een overeenkomst? De zorg die de zorgaanbieder aanbiedt en de wijze van uitwerking daarvan, zal in het zorgplan moeten staan. Alleen die zorg mag worden verleend, waarvoor de cliënt toestemming heeft gegeven. Het zou daarom volgens de BoZ veel duidelijker zijn als werd gekozen voor het verbreden van de Wgbo, voor een 'zorgovereenkomstenstelsel' in het Burgerlijk Wetboek. Daarin past dan veel beter het verplichte zorgplan dat deel uit maakt van de overeenkomst. Dat het zorgplan tevens een uitwerking is van verantwoorde zorg hoeft daaraan niet in de weg te staan.

Daarnaast zijn er andere vragen. Omdat alleen zorg mag worden verleend waarvoor de cliënt toestemming heeft gegeven, dient de vraag zich aan of het werkbaar is in de langdurige zorg als een cliënt het niet met het (hele) zorgplan eens is om zorg te verlenen terwijl er mogelijk geen of alleen op onderdelen toestemming komt? Kan er van de zorgaanbieder dan wel verlangd worden dat hij de cliënt (verder) in zorg neemt of houdt als het om essentiële verschillen gaat bij onderdelen van het zorgplan. Het zorgplan is maar deels te vergelijken met 'de voorgestelde behandeling' in de curatieve zorg. De cliënt verblijft voordat het zorgplan gereed is en de toestemming aan de orde komt al in de zorginstelling. Anders dan bij de curatieve zorg stapt de cliënt niet op als hij geen toestemming geeft, maar wil hij bij de zorgaanbieder verblijven.

Is het juist dat op bladzijde 21 van de artikelsgewijze toelichting staat dat als de cliënt niet bereid is om zijn toestemming schriftelijk te laten vastleggen, dan de zorgaanbieder de vrijheid heeft om geen zorg te verlenen? Geldt dat ook in de caresector voor het verblijf? Als het zorgplan geen (onderdeel) van de overeenkomst is, maar toch blijkt dat de cliënt geen toestemming geeft voor de voorgestelde (woon)zorg of begeleiding, kan de zorgaanbieder de woonzorg en de overige zorgverlening dan voortijdig beëindigen als bedoeld in artikel 22?

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Wij concluderen dat de relatie tussen toestemming/zorgplan en het beëindigen van zorg in de langdurende zorg door zorgaanbieders in de caresector, verder uitgewerkt dient te worden. Wij verzoeken met klem over het vorenstaande opheldering te verschaffen en de memorie van toelichting dienovereenkomstig aan te passen.

Artikel 20

Veel artikelen zijn min of meer ongewijzigd uit de Wgbo overgenomen. Dit geldt echter niet voor de toelichting ervan. Een passage zoals 'ernstig nadeel te voorkomen' in artikel 20 tweede lid bijvoorbeeld, wordt in deze memorie van toelichting niet nader toegelicht. Het zou de duidelijkheid en overzichtelijkheid ten goede komen als (ook al zijn ze bekend) artikelen uitgebreid worden toegelicht in de memorie van toelichting.

Artikel 21 leden 2 en 3

Zoals ook bij artikel 5 gezegd, lijkt het logischer om artikel 21 leden 2 en 3 bij artikel 5 onder te brengen, omdat de bepaling in deze beide artikelleden is gekoppeld aan de situatie van wilsonbekwaamheid. De vraag is wat het kernpunt van deze beide bepalingen is, en dat is het regelen van de positie van een wilsonbekwame en diens vertegenwoordiger.

Artikel 22

In artikel 22 wordt gesproken over het 'afmaken' van de zorg. Het 'afmaken' van de zorg kan in de gehandicaptenzorg 'levenslang' zijn. Hier dient ook de zorgplicht van het zorgkantoor te worden vermeld en toegelicht.

Daarnaast kan worden gesteld dat er straks twee bepalingen zijn die gaan over beëindiging van de zorg, te weten artikel 22 van deze wet en artikel 7:460 BW. Dat roept de vraag op welke bepaling geldt in welke situatie. Er behoeft dus geen sprake te zijn van 'gewichtige redenen' (artikel 7:460 BW) maar er dient een situatie te zijn waarvan van de zorgaanbieder voortzetting niet in redelijkheid kan worden verlangd (artikel 22 Wvz). Hoe verhouden beide bepalingen zich ten opzichte van elkaar? Het is wenselijk dat de memorie van toelichting hier duidelijkheid over biedt.

Artikel 21 lid 2

De redactie van artikel 21 lid 2 moet kritisch worden gezien en in overeenstemming worden gebracht met de memorie van toelichting.

Artikel 23 en 23a

Zoals bekend en door de overheid nagestreefd vindt dossiervorming tegenwoordig toenemend plaats in de vorm van het elektronisch patiëntendossier, het EPD. Het moge bekend zijn dat het vernietigen van gegevens in een EPD niet mogelijk is, tenzij daadwerkelijk de harde schijf wordt verwijderd en vernietigd. Daarmee zijn echter back-ups en met andere systemen uitgewisselde gegevens niet gewist. Wel kan via 'versleuteling' een dossier ontoegankelijk worden gemaakt; het dossier wordt dan zodanig versleuteld dat het niet meer in te zien is. Gelet op deze praktijkontwikkeling geeft de term 'vernietigen' een valse indruk en geeft het onduidelijkheid over de realisering van dit recht van de cliënt. De Wcz zal meer moeten anticiperen op de elektronische vorm van informatieverwerking.

Artikel 23 lid 2

In dit artikel zou moeten worden bepaald dat de zorgaanbieder in het dossier vastlegt voor welke zaken de cliënt wilsonbekwaam wordt geacht. Dit kan namelijk per situatie, per onderwerp verschillen of een cliënt al dan niet in staat kan worden geacht tot een redelijke

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

waardering van zijn belangen. Dit kan worden opgelost door 'of op onderdelen daarvan' toe te voegen.

Artikel 23 lid 3

In deze bepaling dient de zorgaanbieder het dossier vast te leggen voor welke handelingen van ingrijpende aard de cliënt toestemming heeft gegeven. De Wgbo kent nu de mogelijkheid dat cliënten op verzoek hun toestemming voor handelingen van ingrijpende aard kunnen vastleggen. Hiervan wordt in de praktijk geen gebruik gemaakt. De vraag is dan ook (nu de memorie van toelichting hiervoor ook geen argumenten geeft) waarom een dergelijke nodeloze administratieve handeling van de zorgaanbieder wordt gevraagd, terwijl het nut hiervan onduidelijk is, maar de zorgrelatie verder juridiseert. Graag zien wij het oude Wgbo-artikel terug in dit wetsvoorstel. Tevens vragen wij duidelijkheid over wat er onder een 'handeling van ingrijpende aard' moet worden verstaan.

Artikel 23 a lid 1

Gekozen is voor een verdubbeling van de bewaartermijn. Afgezien van de opmerking dat de huidige termijn te kort is, wordt niet nader gemotiveerd waarom 30 jaar wél afdoende zou zijn. Voorts kan de cliënt de bewaartermijn verlengen of verkorten. In de praktijk zal het een onwerkbaar situatie en een toename van administratieve lasten met zich meebrengen indien voor iedere individuele patiënt aparte bewaartermijnen kunnen gaan gelden. Moeten, na afloop van de bewaartermijn, alle gegevens worden vernietigd of blijven zogenoemde kerngegevens bewaard? Hoe verhoudt dit artikel zich tot hetgeen is geregeld in Wet bescherming persoonsgegevens en de Archiefwet. Ook het feit dat lang nog niet alle gegevens gedigitaliseerd zijn, wordt een dergelijke bewaartermijn als een administratieve last beschouwd. De memorie van toelichting zou over deze vragen duidelijkheid moeten geven.

In de memorie van toelichting blijkt ook nergens waarom in de caresector gegevens 30 jaar bewaard zouden moeten worden. Ons ontgaat de noodzaak van het 30 jaar bewaren van gegevens van bijvoorbeeld cliënten die alleen geloged hebben of pedagogische thuishulp hebben afgenomen etc. In de periode van 30 jaar zullen de meest betrokken familieleden van bewoners van een verzorgingshuis en verpleeghuis al lang overleden zijn. Voor wat de caresector betreft kan worden geconstateerd dat op dit moment vaak andere maar ook meer gegevens worden vastgelegd in een dossier dan in de curesector. Dit vanwege het feit dat onduidelijk is voor de instelling wat nu bewaard dient te worden. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld aan woongegevens, begeleidinggegevens, dagrapportages bij iemand die langdurig in zorg zit of zorgplannen die wijzigen. Een langere bewaartermijn van alle (in onze ogen ook niet relevante) gegevens betekent dat men daarvoor de organisatie van de instelling op moet inrichten, hetgeen ongewenst is; en bovendien is dit strijdig met het privacybelang van degene die de zorg ontvangt of ontvangen heeft. Het is wenselijk dat in de toelichting uitsluitend wordt gegeven welke gegevens in de caresector in het dossier behoren te zitten en dat de bewaartermijn van 30 jaar wordt aangepast. Overigens zouden de onder a en b genoemde mogelijkheden om die periode te bekorten een oplossing kunnen bieden, maar dan zou opgenomen dienen te worden dat de zorgaanbieder ook het initiatief daartoe mag nemen.

Wordt er een tussenoplossing geboden voor de al bestaande dossiers? Ter illustratie: in een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie zullen per 1 april 2010 dossiers vernietigd gaan worden. Als maatstaf houdt deze instelling 15 jaar na de achttiende verjaardag of 15 jaar na het einde van de behandeling als die na het achttiende jaar is, aan. Haar magazijnen raken inmiddels overvol en de vloeren worden al doorgemeten om te

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

voorkomen dat de dossiers door de vloer zakken. Als ervoor wordt gekozen om de termijn van 30 jaar alvast vanaf 1 april 1995 te laten ingaan dan komt zij in de knel. Dus: wordt er voorzien in een overbruggingsregeling voor dit soort gevallen?

Voor wat betreft de vernietiging van het dossier. In de Meldcode Kindermishandeling van de KNMG wordt geadviseerd dat informatie over (vermoedens van) kindermishandeling alleen vernietigd mag worden op verzoek van een wilsbekwame patiënt zelf en pas vanaf het zestiende jaar. Mogelijk kan er in de memorie van toelichting iets worden genoemd over het belang van het kind als de ouders om vernietiging verzoeken.

Artikel 23a lid 5

In artikel 23a lid 5 wordt verwezen naar het zevende lid van artikel 1 maar wij vermoeden dat het achtste lid wordt bedoeld.

Artikel 24

Incidenten bij de zorgverlening moeten volgens artikel 24 in het dossier van de cliënt worden vastgelegd. Uit de toelichting blijkt niet of dit ook incidenten kunnen betreffen die zich buiten de instellingen hebben voorgedaan. Stel er zijn vermoedens van seksueel misbruik van een cliënt bij een andere cliënt. Artikel 24 brengt met zich mee dat dit in het dossier moet worden opgenomen. Stel, na intern onderzoek blijkt dat de vermoedens onjuist zijn, dan roept dat de vraag op of deze gegevens dan uit het dossier kunnen worden verwijderd?

Een andere punt gaat om de vraag of cliënten wel op de hoogte moeten worden gesteld in situaties waarin zij nodeloos ongerust worden gemaakt maar waarbij de kans dat een merkbaar gevolg zich voordoet klein is. De incidentmeldingsformulieren zijn bedoeld voor kwaliteitsverbetering en bescherming van de medewerker, dus inlichten over incidenten die merkbare gevolgen *kunnen hebben* dienen niet te worden aangetekend in het dossier. Met andere woorden, de woorden 'kunnen hebben' dienen in dit wetsartikel te worden geschrapt.

Artikel 26 lid c

Waarom is deze bepaling ruimer geformuleerd dan de huidige rechtspraak (criterium zwaarwegende belangen) op dit punt? De verwijzing naar artikel 3:303 BW is onjuist. Het gaat in dit artikel om het kunnen indienen van een algemene rechtsvordering en in artikel 26 c om het indienen van een specifieke rechtsvordering. Wij zien graag dat artikel 26 lid c in overeenstemming wordt gebracht met de geldende rechtspraak

Artikel 28 lid 2

Het verdient aanbeveling om voor de duidelijkheid ook voorbeelden van de caresector te geven bij de toelichting van dit artikellid.

Artikel 28 lid 3

Gezien de vragen uit de praktijk over het inzagerecht van vertegenwoordigers, verdient het aanbeveling om in deze bepaling vast te leggen dat vertegenwoordigers slechts een geclausuleerd inzagerecht hebben, namelijk slechts voor datgene wat noodzakelijk is om hun werk als vertegenwoordiger goed te kunnen uitoefenen.

Artikel 28

In de memorie van toelichting (blz. 27) wordt een buitengewoon ongelukkig voorbeeld genoemd, te weten de situatie waarin een vrouw telefonisch informeert naar de situatie van haar man. Hoewel dit in de praktijk een logische situatie kan zijn, moet voorkomen

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

worden dat cliënten en hun naasten claimen recht te hebben op telefonisch informatie. Het behoeft geen nadere toelichting dat de kans op misbruik aanzienlijk is. Suggestie is dan ook dit voorbeeld te schrappen.

De overheid zet in op het signaleren en voorkomen van kindermishandeling. Daarom lijkt het ons goed om in de memorie van toelichting te verwijzen naar het Meldrecht Kindermishandeling (artikel 253 Wet op de Jeugdzorg) en artikel 1: 240 BW voor wat betreft informatie aan de Raad.

Artikel 30 lid 1

Dit artikel suggereert dat bij iedere verrichting expliciet toestemming moet worden gevraagd voor de aanwezigheid van andere specialisten en/of geneeskundigen in opleiding. Ondanks dat er respect voor de privacy van de patiënt moet bestaan, zou moeten kunnen worden volstaan met de vermelding in de patiënteninformatie dat het een opleidingsziekenhuis betreft en dat er vanuit wordt gegaan dat de cliënt akkoord gaat met de aanwezigheid van anderen (zoals geneeskundigen in opleiding), tenzij anders door hem aangegeven.

Voor de groepsverzorging en dagbehandeling in de caresector betekent dit artikel dat iedere cliënt toestemming zou moeten geven voor bepaalde verrichtingen op de groep zoals bijvoorbeeld het ondersteunen bij de maaltijd. Mogelijk kan dit worden ondervangen door bij dit artikel voor die vormen van zorg of begeleiding een uitzondering te maken.

Hoofdstuk 4. Effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling

Artikel 31 ev.

Door een aantal vormvereisten weg te halen bij de klachtenbehandeling doen we een stap terug. De vormvereisten moeten er wel zijn en zijn voor een belangrijk deel al in de huidige wetgeving adequaat opgenomen. Ook betekent het ontbreken van vormvereisten voor behandeling, dat de geschillencommissie geen echt referentiekader meer heeft om te kunnen beoordelen of de klacht in eerste aanleg goed is behandeld.

De geschillencommissie moet in de praktijk echt een beroepsmogelijkheid blijven en niet iets op afstand, dat in de plaats komt van een uitgekleden lokale klachtencommissie.

Artikel 31 lid 2 sub c jo sub a

In de memorie van toelichting staat dat volledigheidshalve onderdeel c van het tweede lid erin voorziet dat ook degene die ten onrechte niet als cliënt in de zin van de vorige alinea wordt aangemerkt door de zorgaanbieder, het klachtrecht toekomt. Deze passage is onduidelijk. Door onderdeel c toe te voegen lezen wij eruit dat de deur dus open staat voor iedereen die vindt dat zij ook vertegenwoordiger hadden moeten zijn. Kan die persoon dan ook klagen namens de cliënt of kan deze alleen klagen over het feit dat hij/zij onterecht niet als vertegenwoordiger is aangesteld.

En is de aanname juist dat onder a cliënt ook kan worden verstaan diens vertegenwoordiger conform art. 5.

Artikel 31 lid 3 onderdeel a

Hierbij wordt de aanstelling van een klachtenfunctionaris verplicht gesteld. Hoe verhoudt zich deze klachtenfunctionaris zich tot de in de GGZ aanwezige patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) reeds geregeld in de Wet Bopz (en op termijn in het wetsvoorstel verplichte ggz)? Het is wel goed om te beseffen dat de

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

patiëntenvertrouwenspersoon die in de instelling werkt met name is gericht op de opgenomen cliënten en niet voor de ambulante cliënten (de Stichting pvp heeft daarvoor wel een helpdesk beschikbaar). In de ggz wordt naar grote tevredenheid gewerkt met de pvp; deze vervult een waardevolle rol in onder meer de bijstand van de cliënt en het voorkomen van klachten. Het zou goed zijn om deze praktijk te continueren, waar nodig te verbeteren en te onderzoeken of de verplichte aanstelling van een extra klachtenfunctionaris wel zo noodzakelijk en wenselijk is in de GGZsector..

Artikel 31 lid 3 sub b

Wat wordt precies bedoeld met de bepaling dat de wijze van behandeling zoveel mogelijk is gericht op het voorkomen van geschillen?

Artikel 31 lid 3 sub e

Gezien de gestelde termijn van zes weken voor de afhandeling van klachten wordt voorbijgegaan aan de complexiteit van klachten en de benodigde tijd voor zorgvuldige afhandeling daarvan. Voor een goede behandeling en afwikkeling van de klachten is ten minste een termijn van twee maanden nodig en dat het wel vereist is om verantwoording af te leggen wanneer de termijn toch wordt overschreden. Er zullen altijd klachten blijven bestaan die een lange behandeltijd vergen. De BoZ-partijen zien graag dat het wetsvoorstel in deze zin wordt aangepast. Verder is ook niet duidelijk of bij de genoemde termijn ook de bemiddelingsfase hoort.

In de memorie van toelichting bij dit artikel staat verder vermeld dat het niet doenlijk is een wettelijke termijn vast te stellen voor de klachtbehandeling door de geschilleninstantie. Het valt niet in te zien waarom het wel doenlijk is een (niet realistische) termijn voor de interne klachtbehandeling op te nemen en dit voor de geschilleninstantie na te laten.

Artikel 32 lid 1 aanhef

Bij de aansluiting van de zorgaanbieder bij een onafhankelijke geschillencommissie zijn de volgende vragen te stellen:

1. Wie benoemt deze geschillencommissie?; Staat het de zorgaanbieder vrij een onafhankelijke geschillencommissie in het leven te roepen?
2. Wat zijn hiervan de financiële en geografische consequenties (reisafstanden) voor de klager?
3. In hoeverre kunnen bij de Geschillencommissie naast de zorgaanbieder (zie artikel 32 lid 1) ook individuele zorgverleners aangeklaagd/aangesproken worden?
4. Hoe verhoudt zich deze Geschillencommissie tot de klachtencommissie in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg; Is het voor de GGZ-instellingen niet beter alle klachten, zowel op grond van Wcz als de Wet verplichte GGZ onder te brengen bij één en dezelfde commissie?
5. Waar staat de beroepsmogelijkheid van de zorgaanbieder?

Artikel 32 lid 1 sub 3

Met het verplicht stellen van een externe geschilleninstantie wordt voorbij gegaan aan het grote belang van interne afwikkeling van schadeclaims en van klachten bij de Klachtencommissie, mede in het licht van voortzetting van de behandelrelatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Het benoemen van de restcategorie in sub 3 betekent dat er een niet nader gespecificeerde groep cliënten gebruik kan maken van de geschillenregeling, zonder dat de zorgaanbieder in de gelegenheid is gesteld het geschil zelf met de cliënt op te lossen. Dit is een onwenselijke situatie.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Artikel 32, lid 2

Het is ongewenst dat de geschillencommissie taken en bevoegdheden krijgt ten aanzien van zaken die geen klacht van een cliënt betreffen. 'Collectieve actie' waarin iedere rechtsvordering mogelijk is dient beperkt te worden tot situaties waarin de zorgaanbieder geen cliëntenraad heeft ingesteld of geen klachtenregeling heeft vastgesteld. Er kan ook een hardheidsclausule worden opgenomen: indien de cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen en geen wettelijk vertegenwoordiger heeft.

Verder zou het wetsvoorstel genoemde rechtspersonen, met name wordt er gedacht aan cliëntenorganisaties, de verplichting opgelegd moeten worden zich in te spannen tot behoorlijk overleg met de zorgaanbieder, alvorens zich te richten tot de geschillencommissie, e.e.a. op 'straffe van' niet-ontvankelijkheid bij de geschillencommissie. Een meer principiële vraag is of de collectieve actie al niet voldoende is geregeld in het Burgerlijk Wetboek.

Artikel 32, lid 3 sub b

De BoZ is er voorstander van om als overgangsregeling eerst de grens van 10.000 te evalueren. Het is onwenselijk om nu al 25.000 in de wet op te nemen. Overigens merken we op dat met de formulering in de wettekst de suggestie wordt gewekt dat bij ieder geschil een vergoeding van minimaal € 25.000,- kan worden toegekend, terwijl dit (uitsluitend in geval van claims) op termijn maximaal € 25.000, zou zijn.

De meeste instellingen hebben een verzekering afgesloten bij een schadeverzekeraar. De BoZ vraagt zich af of er sprake kan zijn van regres en wat is de toetsing volgens de regels van wettelijke aansprakelijkheid?

Uitspraken van de geschilleninstantie zijn bindend. Betekent dit dat er geen ruimte bestaat voor herstel van, door de geschilleninstantie gemaakte, fouten?

Wij wijzen erop dat het feit dat de Geschillencommissie een (hoge) schadevergoeding kan toekennen, kan leiden tot een verharding die niet ten goede komt aan de kwaliteit van zorg en de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt. Deze benadering kan ertoe leiden dat zorgaanbieders zich defensiever gaan opstellen en bescherming zoeken in het opstellen van regels en protocollen, zonder zich af te vragen wat de cliënt nu echt wil. De relatie tussen zorgaanbieder en cliënt zal minder gebaseerd zijn op vertrouwen en van elkaar leren. Klachten worden gebruikt als middel om een schadevergoeding te krijgen, en minder met het doel een probleem op te lossen of de kwaliteit van zorg te verbeteren. Wij vinden dat geen goede ontwikkeling.

Verder pleit de BoZ ervoor dat er verschillende subcommissies bij de geschillencommissie moeten komen, te weten een commissie die over kwaliteit- en bejegingsklachten gaat en een commissie die over schadeclaims gaat.

Verder geeft de NVZ aan zij het als een gemiste kans zien dat deze wetgevingsherziening niet wordt aangegrepen om het maatschappelijke probleem van schade ten gevolge van (al dan niet verwijtbaar) medisch handelen op een meer structurele manier aan te pakken.

Art. 32 lid 3 onder d

De geschillencommissie kan toegang krijgen tot een kwaliteitsregister waarop de veilig melden regeling van art. 11 lid 2 van toepassing is indien een geschil betrekking heeft op art. 24. De BoZ acht het niet wenselijk dat de geschillencommissie toegang krijgt tot dit kwaliteitsregister omdat hierdoor het veilig melden in gevaar komt. De BoZ vindt dat klachtenbehandeling en veilig melden(systemen) aparte trajecten moeten zijn.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Hoofdstuk 5. Medezeggenschap en goed bestuur

Artikel 33

Recent is het rapport 'Governance en kwaliteit van zorg' van de Raad voor de Volksgezondheid verschenen. Kernelementen uit dit advies raken direct aan het voorliggende wetsvoorstel Wcz. Uit dit rapport blijkt dat medezeggenschap (binnen algemene waarborgen) om maatwerk vraagt, waarbij de duur van het verblijf een belangrijke parameter vormt voor de vormgeving van de medezeggenschap. Op grond van artikel 33 is op dit moment de instelling van een cliëntenraad voor alle zorginstellingen verplicht. De vraag is echter of verplichte medezeggenschap van cliënten zich verdraagt met een stelsel van gereguleerde marktwerking. Het 'bindt' de cliënten in wezen aan de instelling; het duwt hen in de rol van gecommitteerd gesprekspartner, waardoor de rol van kritische toezichthouder vermindert. Daarnaast roept deze verplichte vorm van medezeggenschap vragen op over representativiteit, met name in de kortdurende zorg. In een meer marktgerichte omgeving hebben instellingen er alle belang bij hun afnemers te betrekken bij strategievorming en beleid en is er dus geen aanleiding om hiervoor een wettelijke verplichting te treffen c.q. in stand te houden?

Voor kortdurend verblijf acht de BoZ, net als de Raad, het van belang om medezeggenschap van cliënten wel verplicht te stellen, maar de vorm vrij te laten. Daarmee is de ondergrens geborgd, maar kan meer recht worden gedaan aan de diversiteit in de praktijk. Daarin ziet de BoZ (specifiek NVZ en NFU) het gebruik van andere instrumenten om de betrokkenheid en participatie van cliënten/patiënten te doen toenemen. Voorbeelden daarvan zijn consumentenpanels en de coöperatieve vereniging als rechtsvorm voor de zorginstelling.

Artikel 35

De regeling van de medezeggenschap van patiënten/cliënten is, zoals hierboven reeds gememoreerd, aan herijking toe. De verplichting om medezeggenschap van patiënten/cliënten te regelen moet in stand blijven, maar de vorm moet worden vrijgegeven voor zorginstellingen die kortdurende zorg leveren. Zo biedt het wetsvoorstel onvoldoende ruimte voor de door de academische centra gekozen, en over het algemeen goed functionerende, CRAZ. Er is bij het opstellen van deze artikelen onvoldoende rekening gehouden met de steeds wisselende samenstelling van de patiëntenpopulatie van ziekenhuizen, die anders dan bijvoorbeeld cliënten van verpleeg- of verzorgingshuizen onderling tegenstrijdige belangen kunnen hebben en vaak minder en niet langdurig betrokken zijn bij de instelling als zodanig. Zorgorganisaties moeten dus de mogelijkheid hebben om de structuur van de medezeggenschap zodanig vorm te geven dat deze zo goed mogelijk aansluit bij de besluitvorming in de organisatie. De NVZ wil samen met betrokken patiëntenvertegenwoordigers afspraken maken over deze vorm van medezeggenschap. In het kader van de totstandkoming van tweezijdige algemene voorwaarden met de NPCF en Consumentenbond zullen deze afspraken worden uitgewerkt en schriftelijk vastgelegd. Daarmee is de medezeggenschap van de ziekenhuispatiënt gewaarborgd.

Hoewel het niet duidelijk uit het artikel zelf blijkt en ook niet uit de memorie van toelichting, lezen wij dit artikel (35, derde lid sub a) zo dat de zorgaanbieder de ruimte heeft om desgewenst een centrale cliëntenraad in te stellen. Het is verstandig om hierover in ieder geval duidelijk te zijn in de memorie van toelichting.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Artikel 1, lid 1b, onderdeel c jo art. 35 lid 2

Het is ons niet geheel duidelijk wat er onder het begrip 'instelling' moet worden verstaan in relatie tot artikel 35, lid 2. De wettekst en de memorie van toelichting laat ruimte/keuze om op stichtings-, dan wel meer lokaal niveau cliëntenraden in te stellen. Echter, de algemene memorie van toelichting (blz. 31, onderdeel 12.2.) lijkt redelijk stringent. Zijn er met het wetsvoorstel nog mogelijkheden om op stichtingsniveau die bijvoorbeeld uit één verpleeghuis en twee verzorgingshuizen bestaat (en onderdeel is van een concern) één cliëntenraad in stand te houden, of is het noodzakelijk om over te gaan tot het instellen van drie cliëntenraden in dit geval?

Artikel 38

De bevoegdheden van de cliëntenraad worden dermate ruim geformuleerd (de cliëntenraad mag zich op grond van art. 38 immers uitlaten over elk voorgenomen besluit met betrekking tot het beleid ten aanzien van de instelling of een onderdeel daarvan), dat deze in feite over ieder voornemen zou mogen/moeten adviseren. Dit werkt onnodig vertragend en brengt een dermate grote administratieve lastendruk met zich mee, dat dit de BoZ veel te ver gaat. Hoe verhoudt deze bevoegdheid van de cliëntenraad om in feite over elk voorgenomen besluit met betrekking tot het beleid ten aanzien van de instelling of een onderdeel daarvan zich tot de vrijheid die de zorgaanbieder in artikel 35 lid 4 sub c krijgt om de taken en de verdeling van de bevoegdheden over de onderscheiden cliëntenraden te regelen? Betekent dit dat ondanks dat er is afgesproken dat een cliëntenraad geen adviesrecht krijgt ten aanzien van zaken die niet direct ingrijpen op de levenssfeer en regie van de cliënt, deze cliëntenraad toch op grond van artikel 38 eerste en/of derde lid kan adviseren (waarbij het over een onderwerp kan gaan waaraan instemmingsrecht is gekoppeld). Dit zou zelfs kunnen betekenen dat cliëntenraden ongevraagd over dezelfde onderwerpen adviseren (welke adviezen ook nog eens van totaal verschillend kunnen zijn en wat dan?). Het mag duidelijk zijn dat het onwerkbaar is als de bestuurder van een zorginstelling ter zake van dezelfde onderwerpen (onderwerpen waarover de cliëntenraad op eigen initiatief heeft geadviseerd) op meerdere niveaus overleg- en adviestrajecten moet doorlopen en dezelfde voorgenomen besluiten aan meerdere cliëntenraden ter advisering moet voorleggen. Om dergelijke samenloopproblemen te voorkomen zal wat de BoZ betreft het wetsvoorstel moeten worden aangepast en wel zodanig dat cliëntenraden in ieder geval niet op eigen initiatief over alle voorgenomen besluiten mogen adviseren, maar bijvoorbeeld slechts over voorgenomen besluiten die de directe levenssfeer van cliënten raakt. Dan zal ook nog steeds een oplossing gezocht moeten worden voor de situatie van samenloop, namelijk wanneer er sprake is van meerdere tegenstrijdige adviezen over hetzelfde onderwerp. Indien bovengenoemde problemen niet worden opgelost zal er sprake zijn van onwerkbare situaties en ongewenste toename van bestuurlijke en financiële medezeggenschapslasten.

Artikel 38 lid 4

In artikel 38 lid 4 wordt de medezeggenschap van cliënten in bepaalde concern- en samenwerkingsverbanden geregeld, waarbij alle cliëntenraden (geen afbakening van de bevoegdheidsverdeling tussen de cliëntenraden) in de gelegenheid moeten worden gesteld om advies aan de zorgaanbieder uit te brengen over een voorgenomen besluit van het bestuur van de rechtspersoon die aan het hoofd staat van de groep, dat ingrijpende gevolgen heeft voor die zorgaanbieder waar die cliëntenraden zijn ingesteld. Hiermee wordt de adviesbevoegdheid (te) fors uitgebreid, maar ontstaat tegelijkertijd overlapping van concerninterne advies- en besluitvormingsprocedures (de cliëntenraden hebben ook nog eens adviesrecht over het advies dat de zorgaanbieder zelf ook moet innemen ten aanzien het voorgenomen besluit van de rechtspersoon), hetgeen ongewenst is en waarbij

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

zich overigens ook overlap en samenloopproblemen (meerdere cliëntenraden met van elkaar afwijkende adviezen) kunnen voordoen. De bepaling sluit bovendien niet aan bij de veelvormigheid en uiteenlopende juridische organisatiestructuren waarvan de zorgsector zich in toenemende mate bedient. Overigens is onduidelijk wat de (juridische en feitelijke) consequenties van een dergelijk advies zijn: het gaat in dit voorstel immers niet om een voorgenomen besluit van de betreffende zorgaanbieder, maar om een formeel besluit van een ander orgaan van een andere rechtspersoon.

De verwijzing in artikel 38 lid 4 dient naar artikel 24b van boek 2 BW te zijn (i.p.v. naar artikel 42b boek 2 BW).

Artikel 39

Ten opzichte van de huidige Wmcz introduceert dit wetsvoorstel een instemmingsrecht in plaats van een verzaamd adviesrecht en introduceert het daarnaast vier nieuwe (naast de huidige onderwerpen uit de Wmcz waarvoor verzaamd adviesrecht geldt) onderwerpen, waaronder fusie en bouwzaken waarover instemmingsrecht zal gaan gelden. Invoering van een instemmingsrecht is voor de BOZ onaanvaardbaar. De BoZ is voorstander van handhaving van de bestaande adviesregeling (dus adviesrecht voor fusie en bouwzaken) zoals opgenomen in de Wmcz. De BoZ is van mening dat invoering van het instemmingsrecht de bestuurbaarheid van de organisatie zal ondermijnen: daarmee treedt de cliëntenraad immers in de verantwoordelijkheden van de zorgorganisatie terwijl de aansprakelijkheid en de uit de besluitvorming voortvloeiende risico's bij de zorgorganisatie blijft rusten.

1. De BoZ vindt dan ook invoering van het instemmingsrecht ten aanzien van onder andere bouw- en renovatiebesluiten onaanvaardbaar. De overheid wil meer marktwerking in de zorg, ook in de AWBZ-zorg, en zij verwacht van zorgorganisaties dat deze onderling met elkaar gaan concurreren. Zorgorganisaties gaan daarom in de nabije toekomst ook risico lopen over hun kapitaallasten. Daarbij past niet dat de overheid cliëntenraden instemmingsrecht geeft over het vastgoedbeleid van zorgorganisaties. Medezeggenschap is geen synoniem voor medebesturen! Uiteraard moeten leefwensen van cliënten in kaart gebracht worden en hiermee rekening worden gehouden. Maar instellingen zullen ook moeten kunnen anticiperen op wensen/behoefte van toekomstige cliënten. Dit is een wezenlijk onderdeel van marktwerking en maatschappelijk ondernemen. Ook het recht van de cliënt op bouwkundige voorzieningen in artikel 7 voorziet in een mogelijkheid voor cliënten om de zorgaanbieder daarop aan te spreken. De vraag dringt zich dan ook op of zorgaanbieders de verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld goede zorg nog wel kunnen dragen indien de cliëntenraad bijvoorbeeld instemming onthoudt aan een nieuw huisvestingsplan of kwaliteitsbeleid van de zorginstelling?
2. Bouw- en huisvestingstrajecten zijn complex en besluitvorming terzake vindt gefaseerd plaats, waarbij iedere volgende fase invloed kan hebben op de vorige. Ter verduidelijking: mede op basis van een woonwensenonderzoek komt een huisvestingsplan voor de lange termijn tot stand. Vervolgens kunnen besluiten worden genomen ten aanzien van verbouwing, nieuwbouw of verhuizing. Vervolgens wordt voor ieder bouwproject een Programma van Eisen vastgesteld, gevolgd door een Voorlopig Ontwerp en tenslotte een Definitief Ontwerp. Daarna vinden de aanbesteding en gunning plaats, wordt voorzien in kredietverstrekking, en de gevolgen voor de exploitatie aan de zorg- en de vastgoedkant. Ontwikkelingen en bevindingen in alle fasen van Programma van Eisen, Voorlopig Ontwerp, Definitief Ontwerp, aanbesteding, gunning en krediet kunnen leiden tot aanpassingen in de oorspronkelijke plannen. Het is onduidelijk of het wetsvoorstel deze stappen in beeld heeft, en zo ja, op welke stappen het instemmingsrecht

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

betrekking bedoeld wordt te hebben. Daarnaast geldt dat zich initiatieven met vastgoedimplicaties kunnen voordoen gericht op nieuwe cliënten c.q. doelgroepen. De nieuwe financiering is geheel gerelateerd aan productie, waardoor de zorgaanbieder ook bij nieuwe investeringen alle risico voor productie en exploitatie draagt. Dit verhoudt zich niet goed tot een instemmingsrecht voor cliëntenraden waarin alleen zittende cliënten vertegenwoordigd zijn. Het instemmingsrecht betreffende bouw kan tevens het belang van nieuwe cliënten schaden en wachtlijstvorming tot gevolg hebben. De introductie van het instemmingsrecht waar het wetsvoorstel Wcz terzake in voorziet leidt tot onbestuurbaarheid, mede gegeven de mogelijkheid voor cliëntenraden om de nietigheid van besluiten in te roepen. In feite geldt daarmee een instemmingsrecht op het gehele vastgoedbeleid en impliciet is dat zelfs te verbinden met het zorgbeleid, gezien de financieringsveranderingen van de zorgaanbieder. Dit klemt te meer door de voorgenomen omvorming van verzwaaard adviesrecht naar instemmingsrecht, waarmee de marginale toetsing door de LCVV gewijzigd wordt in een inhoudelijke toetsing, zie hieronder bij artikel 41.

3. Fusie, samenwerking en het afstoten en verwerven van bedrijfsonderdelen zijn in een competitieve markt van groot belang om te kunnen overleven. Met een gewoon adviesrecht kan – net als bij de ondernemingsraden – worden volstaan.

Overigens merkt de BoZ nog op dat de keerzijde van het instemmingsrecht is dat cliëntenraden door het uitoefenen van hun instemmingsrecht zelf bestuurlijke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor desbetreffende besluiten naar zich toe trekken. De zorgaanbieder zou de cliëntenraad kunnen aanspreken op de nadelige (financiële) gevolgen van de uitoefening van hun instemmingsrecht. Het wetsvoorstel voorziet daar niet in en het is de vraag of dit ook wel wordt beoogd met het wetsvoorstel.

Er wordt in de memorie van toelichting gesteld dat met het invoeren van het instemmingsrecht meer aangesloten is bij de wijze waarop het instemmingsrecht voor ondernemingsraden is geregeld. Dit is echter maar ten dele waar: de Landelijke commissie van Vertrouwenslieden en de Ondernemerskamer verschillend en het instemmingsrecht heeft zelfs verderstrekkende gevolgen dan het instemmingsrecht van de ondernemingsraad krachtens de WOR ten aanzien van secondaire en tertiaire arbeidsvoorwaarden (artikel 27 WOR). In het wetsvoorstel gaat het immers niet alleen om besluiten die rechtstreeks de persoonlijke levenssfeer van de cliënten betreffen (zoals in artikel 27 van de WOR), maar ook om concrete besluiten van bijvoorbeeld strategische of beleidsmatige of financiële aard die toch primair tot de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van het bestuur van de instelling behoort. De WOR voorziet niet in een instemmingsrecht voor ondernemingsraden ten aanzien van besluiten over fusie, bouw en huisvestingsplannen..

De nog vast te stellen algemene voorwaarden (die bindend zullen zijn voor de individuele zorgaanbieder) zien toe op de nadere invulling van de zorgverlening en zouden dus onder omstandigheden ook betrekking kunnen hebben op voorgenomen besluiten die de zorgaanbieder ter advisering aan de cliëntenraad moet voorleggen of waarover cliëntenraden op eigen initiatief advies uitbrengen. Zo zal bijvoorbeeld over de toelating en beëindiging van cliënten tot de zorgverlening straks instemmingsrecht gelden. Teneinde samenloopproblemen met deze vorm van zelfregulering te voorkomen dient of in de wet of in de memorie van toelichting te worden opgenomen dat het advies of de instemming van de cliëntenraad niet vereist is indien het onderwerp al inhoudelijk is geregeld in de algemene voorwaarden (ook de WOR kent een dergelijke bepaling, artikel 27 derde lid).

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

In artikel 39, lid d is een foute verwijzing opgenomen. Er wordt verwezen naar artikel 31, vijfde lid, onder a, maar deze bestaat niet. Waar wordt dan wel op gedoeld?
Een andere vraag is over welke profielschetsen nu precies instemmingsrecht bestaat, want daarover biedt zowel de wettekst als de memorie van toelichting geen helderheid. Op welke functionarissen wordt precies gedoeld, als gesproken wordt over personen die belast zijn met de hoogste leiding van de arbeid?

Artikel 40

In de memorie van toelichting wordt gesteld dat in dit wetsvoorstel is vastgelegd dat 'het bestuur van de zorgaanbieder het budget vaststelt op grond van een door de cliëntenraden jaarlijks in te dienen begroting en werkplan voor medezeggenschap' (artikel 40, lid 2). De wettekst stelt echter dat de kosten voor het functioneren van cliëntenraden voor rekening van de zorgaanbieder komen, *voor zover deze het door de zorgaanbieder daarvoor beschikbare gestelde bedrag niet te boven gaat*. Indien de begroting van de cliëntenraad het door de zorgaanbieder beschikbaar gestelde bedrag te boven gaat, wat dient er dan te gebeuren. Kan de zorgaanbieder dan zelf 'snijden' in deze begroting? Met andere woorden wat betekent artikel 40 eerste lid precies in relatie tot het gestelde in het tweede lid.

Mocht toch een soort van open-einde financiering zijn bedoeld, dan zijn wij van mening dat dit ongewenst is. In de memorie van toelichting wordt gesteld dat de bekostiging van zorg op basis van dbc's of zorgzwaartepakketten de ruimte biedt om een zekere mate van overhead te financieren. Nu de wet zorgaanbieders geen mogelijkheden geeft om zelf voldoende budget vast te stellen, zal bij overschrijding van beschikbare budgetten voor de cliëntenraden, het geld gezocht moeten worden in de bekostiging van de zorg, in de dbc's en zorgzwaartepakketten.

In dit artikel wordt een bepaling (zoals in de WOR) gemist waarbij de cliëntenraad de zorgaanbieder vooraf in kennis stelt van de kosten van rechtsgedingen.

Artikel 41

Betekent het feit dat de LCvV bij geschillen de redelijkheid van het besluit van de cliëntenraad en de zwaarwegende belangen van de zorgaanbieder gaat wegen, dat zij van marginale toetsing naar inhoudelijke toetsing overstapt? Hoe gaat zij straks die zwaarwegende belangen van de zorgaanbieder beoordelen? Wanneer is er bijvoorbeeld sprake van zwaarwegende belangen en ten opzichte van wie zijn ze zwaarwegend? De LCvV zal bij inhoudelijke toetsing niet alleen de Wcz moeten interpreteren, maar ook, in geval het geschil over huisvesting gaat, alle wetgeving op dit terrein en het financiële terrein moeten interpreteren. Dit vraagt nogal het nodige van een dergelijke commissie die op dit moment goed functioneert. De BoZ pleit er dan ook voor om in het wetsvoorstel de marginale toetsing zoals deze in de Wmcz is geformuleerd op te nemen. Die voorziet voldoende in de beoordeling van de zorgvuldigheid waarmee besluiten genomen worden. Verzuimd adviesrecht leidt al tot impasses, dat zal met het instemmingsrecht nog meer het geval zijn en leiden tot onwerkbaar situaties, zeker op het terrein van fusie, bouw en huisvestingsplannen..

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Hoofdstuk 6. Overheidswaarborgen

Artikel 47

Hoe verhoudt zich het maken van afspraken in het kader van de spoedeisende zorg zich met de Mededingingswet? Op blz. 11 van de memorie van toelichting wordt beschreven dat er samenwerkingsverbanden mogen zijn als deze maar voldoen aan de Richtsnoeren van de NMA. Dit maakt het voor een zorginstelling niet echt helder. Het verdient aanbeveling om in de artikelsgewijze toelichting op te nemen dat samenwerkingsverbanden die als gevolg van artikel 47 van de Wcz in het leven zijn geroepen niet worden geacht in strijd te zijn met de Mededingingswet.

Artikel 49a en gedeeltelijk 49 b Jaarverantwoording

In artikel 49a wordt aangegeven waarover organisaties verantwoording moeten afleggen. Het schema is niet duidelijk. Wat is het verschil tussen categorie 1 en 4. Waarom is er een verschil in verantwoording tussen categorie 2 en 3? Vallen private zorgaanbieders en bemiddelingsbureaus hier ook onder?

Bij de artikelgewijze toelichting op pagina 39 staat vermeld dat er geen reden is om van solistische zorgaanbieders wel te eisen dat zij aan de kwaliteitseisen voldoen, maar niet daar zij daarover verantwoording moeten afleggen? Wat staat hier nu precies? Waar komt trouwens de verwijzing naar het jaardocument en de vragen, die hier beantwoord moeten worden cq procedure waarop jaardocument wordt vastgesteld etc. Nu gaat dat via de stuurgroep maatschappelijke verantwoording. Dat moet hier ook worden geregeld.

Hoofdstuk 7. Toezicht en handhaving

Artikel 50 e.v.

Het wetsvoorstel biedt een handvat voor bestuursrechtelijk toezicht en handhaving door de IGZ. Het daadwerkelijke toetsingskader is echter nog onvoldoende duidelijk. Afgezien daarvan verdient het uitdrukkelijk aanbeveling om nader aandacht te besteden aan de overlap in bevoegdheden van de IGZ en van andere toezichthoudende instanties, waaronder de NZa en de NMa.

Artikel 50

Het wetsvoorstel legt de verantwoordelijkheid voor het verlenen van goede zorg bij de zorgaanbieder (centrale aansprakelijkheid). Echter, met het bijeenbrengen van de diverse wetten draagt dit wetsontwerp een gemengd karakter: een publiekrechtelijke wet met een privaatrechtelijke component (memorie van toelichting algemeen deel, p13). De handhaving is zowel privaatrechtelijk als ook publiekrechtelijk. Het uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat de rechten individueel afdwingbaar zijn (memorie van toelichting, algemeen deel, p.37).

De zorgaanbieder kan door de inspectie aangesproken worden als de zorg geen 'goede zorg' in de zin van het Wcz blijkt te zijn. 'Goede zorg' omvat tevens 'ervoor zorg dragen dat de rechten van de cliënt zoals deze in het wetsvoorstel zijn omschreven, door zorgverleners in acht worden genomen. De zorgaanbieder zal hieraan dus extra aandacht moeten besteden, bijvoorbeeld via de individuele arbeidsovereenkomsten met psychiaters en andere artsen of een professioneel statuut. De personen die daadwerkelijk zorg verlenen, de zorgverleners, zijn verantwoording verschuldigd aan de zorgaanbieder. Dit betekent tevens dat het toezichts- en handhavingengebied van de inspectie wordt uitgebreid. Alle rechten van de cliënt die voorheen in de WGBO waren opgenomen, met

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

een aantal extra rechten, zoals afstemming tussen zorgaanbieders (met uitzondering van artikel 12a) en effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling zijn onder het toezichts- en handhavingsgebied van de inspectie komen te vallen. Daardoor wordt een deel van hetgeen vroeger in de zogenoemde 'erkenningseisen' was vervat, in dit wetsvoorstel teruggebracht in het publieke domein. De vraag moet gesteld worden of de inspectie dit kan waarmaken. Worden hier niet te hoge verwachtingen gewekt voor cliënten?

Artikel 51-53

Deze artikelen regelen het handhavingsinstrumentarium van de overheid. De proportionaliteit van dit instrumentarium valt of staat met de beoordeling van de redelijkheid en haalbaarheid van de voorbeschreven onderdelen (rechten en plichten) in dit wetsvoorstel. Een en ander valt nog te bezien.

Hoofdstuk 8. Wijzigingen in en intrekking van andere wetten en overgangsrecht

In de begeleidende brief bij het wetsvoorstel wordt gememoreerd dat in de periode dat wij onze achterban raadplegen in het kabinet voortgezet overleg zal plaatsvinden over onder andere de verhouding met de wetsvoorstellen verplichte GGZ en forensische zorg (in het bijzonder begrippenkader, toezicht, klachtenregeling en bepalingen over gedwongen zorg. Wij gaan er vanuit dat u in dit verband ook uw 'eigen' wetsvoorstel zorg en dwang in verhouding tot de andere wetsvoorstellen (waaronder ook de Wcz, er staan nu nog de nodige onduidelijkheden in de memorie van toelichting op blz 43) meeneemt in dit overleg.

Er bestaat al jarenlang onduidelijkheid over de verhouding tussen de Wgbo en de Wet bopz. Binnenkort zal bij de Tweede Kamer het Wetsvoorstel zorg en dwang worden ingediend, dat specifiek is toegesneden op de gehandicaptensector en de psychogeriatrische sector. Voor de GGZsector is het wetsvoorstel verplichte GGZ in de maak, die de opvolger wordt van de Wet bopz. Het zou de duidelijkheid (voor zowel cliënt als zorgverlener) zeer ten goede komen als deze nieuwe wetten alle relevante bepalingen bevatten die de rechtspositie van de cliënt betreffen. Op deze manier kunnen problemen en vragen zoals deze nu bestaan worden voorkomen.

Artikel 71

ActiZ pleit ervoor dat elementen uit de Wcz die gaan over 'goede zorg', ook van toepassing zullen zijn op de Wmo (huishoudelijke hulp). Indien de Wcz niet meer van toepassing is op de Wmo, is de IGZ niet meer de toezichthouder en kan derhalve zorgaanbieders niet meer aanspreken op het feit dat ze geen verantwoorde zorg leveren. Ook zal het niet onwaarschijnlijk zijn dat partijen zich niet meer aan kwaliteitsnormen gaan houden. Immers wie spreekt hen hierop aan? De IGZ niet meer. Wel kunnen gemeenten eisen in hun contractering dat aanbieders het kwaliteitskader moeten uitvoeren maar het is nog zeer de vraag of de gemeenten dit dan ook daadwerkelijk blijven naleven als er geen druk van de IGZ en de kwaliteitswetgeving is. ActiZ voorziet dat het opheffen van kwaliteitsnormen uit de wet uitholling van het product huishoudelijke hulp tot gevolg zal hebben.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit:

Artikel 77

Wat is de meerwaarde van het handhaven van beide regimes en waar ligt het primaat als het gaat om het in acht nemen van de cliëntenrechten? Wat betekent het handhaven van beide regimes voor de civiele aansprakelijkheid en de bewijslast voor de zorgaanbieder in geval de zorgaanbieder civielrechtelijk wordt aangesproken?

De geneeskundige behandelingsovereenkomst blijft deels bestaan, maar wordt niet verder verbreed naar de care. De vraag is dan wat de juridische status is van de zorgrelaties in de care. Ook heeft het niet verbreden meerdere gevolgen. Allereerst wordt de plicht voor de cliënt tot betaling van de zorg (denk aan zorg op grond van een PGB) gemist. Daarvoor zal moeten worden teruggevallen op de overeenkomst van opdracht. Het centraal adres is vervallen. Het vervallen hiervan behoeft wel de nodige toelichting. In hoeverre blijft het mogelijk dat zorgaanbieders aparte overeenkomsten sluiten met bijvoorbeeld een tandarts die zorg komt verlenen in een instelling? Tot slot zal een 16/17 jarige gehandicapte (wilsbekwaam) wel een geneeskundige behandelingsovereenkomst mogen sluiten, maar onduidelijk blijft dan of die 16 jarige ook zelf een zorgovereenkomst mag sluiten voor bijvoorbeeld dagbesteding. Hierover dient duidelijkheid te worden verschaft. Het is de vraag of dit geregeld kan worden via de rechten in dit wetsvoorstel? Het lijkt van niet, want het sluiten van de overeenkomst past hier niet in. Dient dan de Wgbo, artikel 7:447 te worden verbreed? Of dient in de toelichting bij dit wetsvoorstel te worden opgenomen dat deze situatie te zien is als 'in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk' (1:234 lid 3 BW). Ook bij verdergaande zorgvormen, zoals de zorg met verblijf, biedt dit wetsvoorstel geen soulaas en wordt het voor zorgaanbieders van gehandicaptenzorg en hun cliënten ingewikkeld. Stel dat de ouders de overeenkomst voor zorg met verblijf als vertegenwoordigers van hun 17-jarige zoon (LVG-er) sluiten. De zoon wil dit niet. Hebben we dan toch een rechtsgeldige overeenkomst? Of komen we in dit geval in een regime van 'gedwongen opname'. Denk hierbij vooral aan de groep 16/17 jarige die wilsbekwaam zijn en over voldoende inzicht beschikken uit de LG en ZG sector en ook wel bij de j-LVG-ers.

Van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) maken deel uit: