

**Bijlage bij brief 110124/JSp  
artikelsgewijze reactie BoZ op Wcz d.d. 24 januari 2011**

**Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen**

**Artikelen 1 ev. ZZP-er wordt zorgaanbieder**

De alleenwerkende natuurlijke persoon (ZZP-er) wordt in artikel 1 lid 1 sub b Wcz benoemd als zorgaanbieder voor het gehele zorgdomein. De vraag is of het benoemen van een individuele ZZP-er als zorgaanbieder in de context van hetgeen de wet beoogt, realistisch is. De vraag is of een individuele ZZP-er kan voldoen aan eisen rond tijdigheid respectievelijk 7 x 24 uren continuïteit van zorg, ook als sprake is van acute of onplanbare zorg, een systeem van alarmering en alarmopvolging opzetten, de kwaliteitseisen (normen verantwoorde/goede zorg toepassen met een werkend kwaliteitssysteem, cliënttevredenheidsmetingen uitvoeren, afstemmen en coördineren binnen ketensamenwerking, een adequate overdracht verzorgen van medicatiegegevens in de keten, een gedegen ICT infrastructuur opzetten die noodzakelijk is in het kader van uitwisseling van gegevens, ECD, privacy etc.

Het gaat bijvoorbeeld over bestaande contracteereisen van zorgkantoren inzake beschikbaarheid en bereikbaarheid:

- De zorgaanbieder is 7 dagen per week 24 uur per dag telefonisch bereikbaar zonder tussenkomst van een antwoordapparaat.
- Binnen maximaal 10 minuten na de oproep van de cliënt wordt contact opgenomen met de cliënt door de zorgverlener.
- Binnen 30 minuten na de oproep wordt relevante hulp geboden, tenzij de cliënt instemt met een andere oplossing.

Een individuele ZZP-er zal zelden kunnen voldoen aan dergelijke eisen.

De Wcz incorporeert slechts een klein deel van de geldende zorgwet- en regelgeving. De BoZ gaat ervan uit dat door de toevoeging van de alleenwerkende natuurlijke persoon in de Wcz als zorgaanbieder, tevens alle overige huidige en toekomstige zorgwet- en regelgeving, die momenteel nog uitgaat van toepasselijkheid op instellingen, van toepassing zal worden op de alleenwerkende natuurlijke persoon.

Een voorbeeld ter illustratie: op grond van het wetsontwerp Wet Zorg en Dwang gaan bij invoering daarvan voor de volgende eisen gelden:

- De zorgaanbieder wijst de categorie zorgverleners aan die binnen de instelling bevoegd is om zorgplannen op te stellen;
- De beslissing van het opnemen van een vrijheidsbeperkende maatregel in het zorgplan wordt genomen na overleg in een multidisciplinair team. In het multidisciplinair overleg zorgt een dialoog tussen verschillende disciplines voor verschillende inzichten die kunnen bijdragen aan het beperken van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- In het multidisciplinaire team is een arts vertegenwoordigd. Een arts is noodzakelijk om te toetsen of er een somatische contra-indicatie is voor het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel, en om uit te sluiten dat het gedrag wordt veroorzaakt door somatische klachten.

*De BoZ verzoekt de minister antwoord op de vraag of de eisen van de Wcz gelijkelijk op de ZZP-er als op zorgorganisaties van toepassing zijn.*

*De BOZ vraagt de minister of ook alle overige zorgwet- en regelgeving zoals deze van toepassing is op zorgorganisaties van toepassing zal zijn op de alleenwerkende zorgaanbieder.*

### **Artikel 1 jo artikel 49: Winststreven en winstverbod**

Het wetsvoorstel schaart een alleenwerkende natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent (ZZP-er) onder de definitie van zorgaanbieder. ZZP-ers zijn fiscaal/juridisch per definitie winststrevende organisatievormen, evenals maatschappen dit zijn. In het voorstel (bij art. 49 en MvT p. 151) wordt aangegeven dat de huidige regels rond het winstverbod gehandhaafd blijven.

*De BoZ verzoekt de minister antwoord op de volgende vraag:*

*Hoe wordt in het kader van een verbod op winststreven de inzet van ZZP-ers beoordeeld als deze structureel intramuraal resp. in een instellingsverband actief zijn, waar een winstverbod geldt? Mogen voor het behalen van winst voor de zelfstandig ondernemer AWBZ/ZVW middelen worden afgezonderd, die dus niet aan de zorg ten goede komen? Hoe verhoudt zich dit met artikel 50 en het gestelde op pagina 151 MvT?*

### **Artikel 1 lid 3, werkingsfeer**

De jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd door twee - juridisch gezien - zeer verschillende organisaties: een gemeentelijke dienst (GGD) en 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'. De BoZ vindt het van belang dat GGD'en voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg zich wat betreft het jaarverslag verantwoorden als zorgorganisaties, en dat zij dit publiekelijk doen evenals zorgorganisaties.

*De BoZ vraagt de minister om de wettekst te veranderen zodat de verplichting tot het opstellen van een jaarverslag ook geldt voor de GGD-en.*

### **Artikel 2 lid 2**

Het wetsvoorstel gaat bij samenwerkende beroepsbeoefenaren, waarbij de zorg wordt verleend door meer dan één persoon, uit van het begrip instelling en van de aanwezigheid van een bestuur(lijk gremium) dat eindverantwoordelijk is en die de vereisten uit de Wcz contractueel oplegt aan de uitvoerende beroepskrachten. Dit beginsel past in de centrale visie achter de Wcz, zoals ook verwoord in de VWS-brief 'Ruimte en Rekenschap', dat het bestuur vanuit haar eindverantwoordelijkheid voor de (kwaliteit van) de geleverde zorg de zorgprofessional moet kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van geleverde zorg. Om die verantwoordelijkheid waar te maken komen alle wettelijke verplichtingen uit de Wet Cliëntenrechten Zorg (Wcz) te rusten op de zorgaanbieder, en daarmee het bestuur, en niet op de zorgprofessional die de zorg daadwerkelijk verleent. In het verlengde hiervan is de zorgprofessional aan het bestuur verantwoording schuldig over door hem geleverde zorg.

Een vertegenwoordigend of zelfs formeel bestuurlijk orgaan ontbreekt echter veelal of per definitie in een maatschap of bij samenwerkende/nevengeschikte ZZP-ers zonder rechtspersoon.

*De BoZ verzoekt de minister antwoord op de volgende vragen:*

*Wie legt bij ontbreken van een vertegenwoordigend orgaan/een bestuur dan aan wie de in art. 2 lid 2 bedoelde contractuele verplichtingen op?*

*Is de aanwezigheid van een vertegenwoordigend orgaan bij samenwerkingsverbanden een eis?*

*Zo niet, is het dan de bedoeling dat nevengeschikte ZZP-er als hoofdaannemende zorgaanbieder A contractuele afspraken moet maken met (ondergeschikte?) ZZP-ers B, C en D, en A daardoor zorg "doet" leveren door B, C of D en vice versa?*

*Komt dit de minister wenselijk respectievelijk werkbaar voor?*

In dit verband citeren wij ten slotte het commentaar van de Raad van State over dit punt. "Onder de term zorgaanbieder valt zowel de individuele zorgverlener die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als het bedrijfsmatige verband van zorgverleners of de rechtspersoon. Dit heeft tot gevolg dat de uit de rechten van de cliënt af te leiden plichten tegelijk op de individuele zorgaanbieder als op het collectief rusten, zonder dat in de toepassing duidelijk is hoe de onderlinge verhouding van beiden is wanneer beiden op hun verplichtingen worden aangesproken. Gezien het voorgaande is de Raad van oordeel dat voor alle rechten van de cliënt, zoals opgenomen in het wetsvoorstel, vastgesteld dient te worden of de daaruit voortvloeiende verplichtingen zowel op de individuele zorgverlener als op het verband van zorgverleners dient te rusten. De Raad adviseert dit na te gaan en het wetsvoorstel aan te passen".

*De BoZ verzoekt de minister aan te geven hoe het door het BOZ gesignaleerde knelpunt rond de eigen verantwoordelijkheid van (het vertegenwoordigend orgaan van) samenwerkingsverbanden van zorgprofessionals, mede in het licht van de constatering van de Raad van State ter zake, is opgelost in het wetsvoorstel Wcz.*

### **Artikel 3, aansprakelijkheid**

Voor de BoZ is de reikwijdte van de medeaansprakelijkheid van artikel 3 juncto artikel 2 nog niet geheel helder. In de AWBZ is geregeld dat verblijfscliënten van zorgaanbieders met een bepaald zorgzwaartepakket recht hebben op onder andere algemene medische zorg volgens artikel 15 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. In dit wettelijk systeem zijn de zorgaanbieders er verantwoordelijk voor om die zorg voor hen te regelen. Zij maken hiervoor afspraken met artsen en andere hulpverleners als bedoeld in artikel 2 van de Wcz. Het komt echter ook voor dat verblijfscliënten aan de zorgaanbieder vragen om helemaal zelf hun huisarts voor de algemene medische zorg te mogen kiezen. Hoewel de zorgaanbieder op grond van het wettelijk systeem hiertoe niet verplicht is, komt het bijvoorbeeld bij verblijfscliënten die in de wijk wonen voor, dat de zorgaanbieder akkoord gaat dat zij zelf hun huisarts of andere hulpverlener kiezen.

*Kan de minister antwoord geven op de vraag of de zorgaanbieder de verblijfscliënt geheel de vrije keuze kan laten in het kiezen van zijn hulpverlener en dat de zorgaanbieder alleen de rekening betaalt of is de zorgaanbieder voor al die zelfgekozen hulpverleners door de cliënt verantwoordelijk en dus mede aansprakelijk? En kan de minister aangeven of deze praktijksituatie onder de reikwijdte van artikel 2 valt en dus dat er een overeenkomst moet worden afgesloten door de zorgaanbieder?*

### **Artikel 4, toestemming door minderjarigen**

De bepaling dat een 16-jarige of ouder zonder toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers een overeenkomst kan sluiten met dan wel zorg kan afnemen bij een bepaalde zorgaanbieder, is niet overgenomen uit de Wgbo zonder hierop een duidelijke toelichting te geven. Er wordt gesteld dat er geen behoefte aan deze bepaling bestaat nu er geen betrokkenheid is vereist van wettelijke vertegenwoordigers bij het nakomen van hun verplichtingen door zorgaanbieders ten opzichte van minderjarigen. Allereerst wordt er hier vanuit gegaan dat er geen overeenkomsten worden gesloten, zoals tot op heden wel gebeurt onder de Wgbo. Zoals u bij ons commentaar op hoofdstuk 3 kunt lezen, hebben wij hier grote bezwaren tegen. Ten tweede kun je dan ook zeggen dat er geen leeftijdsgrenzen en toestemming van wettelijke vertegenwoordigers nodig zijn voor de minderjarigen jonger dan 16 jaar. Waar het om gaat, is dat een 16-jarige (en in sommige gevallen ook 12-16 jarigen) volkomen onafhankelijk van hun wettelijke vertegenwoordigers toestemming kunnen geven voor behandelingen, maar ook bijvoorbeeld dat zij inzage kunnen hebben in hun dossier zonder dat wettelijke vertegenwoordigers dit recht ook kunnen uitoefenen. Het lijkt er nu op dat dit wel mogelijk is, omdat een 16-jarige gewoon minderjarig is.

*Het is wenselijk dat hierover duidelijkheid bestaat en dat het wetsvoorstel, indien nodig, zodanig wordt aangepast dat 16-jarigen tot 18-jarigen zelfstandig, zonder bemoeienis van wettelijke vertegenwoordigers, hun Wcz-rechten kunnen uitoefenen.*

## Hoofdstuk 2. Goede zorg

### Artikel 5, levering tijdige en bereikbare zorg

Ten onrechte stelt de wetgever dat de hoeveelheid zorg die beschikbaar is voor wie en op welke plaatsen en tijden, in hoofdzaak afhankelijk is van individuele beslissingen van zorgaanbieders. Dit is wat ons betreft een onjuiste opvatting; zorgverzekeraars zijn op grond van hun zorgplicht in de Zorgverzekeringswet en AWBZ verplicht ervoor te zorgen dat iedere verzekerde tijdig medische zorg krijgt. Zij hebben daarom afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden voor bepaalde vormen van zorg, de zogenaamde Treeknormen<sup>1</sup>.

Een zorgaanbieder levert kwalitatief goede zorg, levert binnen de productieafspraken en daaraan gekoppelde voorwaarden die hij afgesproken heeft met de zorgverzekeraar. Een zorgaanbieder moet voor een goede bedrijfsvoering binnen genoemde productieafspraken blijven, want bij overschrijding ervan wordt hij in de nacalculatie gekort in zijn budget. Bij uitputting van de capaciteit volgt uit het principe van marktwerking dat een zorgaanbieder de vrijheid heeft om geen nieuwe 'opdrachten' aan te nemen<sup>2</sup>; je kunt immers niet meer uitgeven dan je hebt. Een zorgaanbieder kan er dan voor kiezen om cliënten op een wachtlijst te zetten of een cliëntenstop af te kondigen en/of cliënten terug te verwijzen naar hun zorgverzekeraar die vanuit zijn zorgplicht dus òf de best bereikbare zorg voor hun cliënt moet vinden of bij de betreffende zorgaanbieder meer zorg moet inkopen. De zorgaanbieder heeft dus maar beperkt invloed op de tijdigheid van de zorg en mag wegens die beperking hiervoor in redelijkheid niet primair verantwoordelijk worden gehouden.

Dit constaterende, menen wij wel dat een zorgaanbieder in de gegeven omstandigheden goede zorg in acht moet nemen: bijvoorbeeld, als hij cliënten op een wachtlijst zet hen goede (voortgangs-)informatie verstrekken over zorgaanbod, wachttijd, eventuele alternatieven e.d.; het aanbieden van eventuele overbruggingszorg en afspraken in geval van spoed/crisis; doorverwijzing naar andere zorgaanbieders of -instanties. De cliënt kan daarop zijn eigen keuzen maken en/of zelf hierover afspraken met zijn huisarts maken of teruggaan naar zijn zorgverzekeraar.

*Wij vragen de minister het bovengenoemd onderscheid goed te realiseren, te onderschrijven en de zorgverzekeraar primair verantwoordelijk te houden voor het leveren van tijdige en bereikbare zorg met het verzoek het wetsvoorstel hierop aan te passen.*

### Artikel 6, plichten van de cliënt

De wetgever ziet in het licht van de met het wetsvoorstel beoogde versterking van de positie van de cliënt en de bijzondere aard van de zorgrelatie, geen aanleiding nog andere verplichtingen voor de cliënt op te nemen. Inmiddels zijn door een aantal brancheorganisaties van zorgaanbieders (ActiZ en NVZ<sup>3</sup>) echter al verdergaande afspraken gemaakt over de invulling van de term 'goed patiëntschap of cliëntschap'. Deze afspraken zijn opgenomen in de Algemene Voorwaarden en reiken wel degelijk verder dan slechts een plicht tot het verschaffen van inlichtingen en medewerking. Hierbij kan bijvoorbeeld verwezen worden naar de legitimatieplicht of ongewenste gedragingen zoals verbaal of lichamelijk geweld (Veilige Zorg); maar ook therapietrouw

---

<sup>1</sup> <http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/zvw-kompas.html>; [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

<sup>2</sup> Met uitzondering van acute medisch noodzakelijke zorg en gedwongen zorg (bijvoorbeeld die in de Wet bopz) die een zorgaanbieder wettelijk verplicht is te leveren.

<sup>3</sup> En GGZ Nederland is inmiddels in vergaande onderhandeling met de cliëntenorganisaties om te komen tot een gezamenlijk voorstel tot 2-zijdige ALVW

(volgen van medicatievoorschriften) vormt een onderdeel van de plichten van de cliënt/patiënt.

*De BoZ bepleit dan ook om de norm van goed cliëntschap in de wet op te nemen.*

### **Artikel 9, geestelijke verzorging**

Artikel 9 bepaalt dat in een verblijfsituatie de cliënt er tegenover de zorgaanbieder recht op heeft dat geestelijk verzorging beschikbaar is die zoveel mogelijk aansluit bij zijn geloof of levensovertuiging. Deze bepaling is nu vervat in artikel 3 van de Kwaliteitswet. In de Kwaliteitswet is de bepaling echter – anders dan in de Wcz - niet een recht van de cliënt, maar een verplichting voor de zorgorganisatie. Uit de parlementaire geschiedenis van de Kwaliteitswet blijkt dat zorgorganisaties geacht worden een aanbod van geestelijke verzorging te organiseren in overleg met - en (mede) geleverd door - kerken en levensbeschouwelijke genootschappen. Van de zorgorganisatie wordt niet verwacht dat zij zelf zoveel mogelijk denominaties aan geestelijke verzorging beschikbaar moet stellen.

*Vraag: Heeft de nieuwe redactie van het wetsartikel (geen verplichting voor de zorgorganisatie, maar een recht voor de cliënt) een wetsystematische reden, of wordt een inhoudelijke wijziging beoogd?*

*Kan de reikwijdte van dit artikel worden toegelicht voor de langdurige AWBZ zorg? Er zijn zorgaanbieders in de langdurige zorg die te werk gaan vanuit een bepaalde geloofs- of levensovertuiging, bijvoorbeeld de gereformeerde levensovertuiging. Kan een cliënt die langdurig zal gaan verblijven in een instelling van elke AWBZ instelling verlangen, ongeacht de identiteit daarvan, dat hij/zij geestelijke verzorging krijgt die aansluit bij zijn/haar geloofsovertuiging?*

### **Artikel 10 en 11, veilig melden**

De Wcz bevat een wettelijke regeling voor het veilig melden van incidenten. De hoofdregel is dat gegevens uit interne meldingssystemen van zorgaanbieders niet als bewijs mogen worden gebruikt in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke of disciplinaire procedure. De uitzondering is dat dit in het strafrecht wel mag als de gegevens niet op andere wijze kunnen worden verkregen.

De in de Wcz genoemde strafrechtelijke uitzondering op veilig melden is erg ruim. Als de gegevens niet op andere wijze kunnen worden verkregen, mag het OM informatie uit een intern meldingssysteem als bewijs gebruiken. In de Nederlandse Wet luchtvaart krijgt het OM alleen die meldingen ter inzage waaruit opzet of grove nalatigheid blijkt. Het OM zal dan bovendien de melding niet als bewijs gebruiken, maar alleen als sturingsinformatie. En wil het OM gegevens uit interne meldingssystemen gebruiken, dan is daarvoor de toestemming van de rechter-commissaris nodig.

*Ondersteunt de minister deze zienswijze met betrekking tot veilig melden en wil de minister het advies overnemen om het inzagerecht door het OM nader te beperken tot die situaties waaruit opzet of grove nalatigheid blijkt?*

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

#### **Wel of geen overeenkomst bij zorg in natura?**

De minister stelt dat in het geval van zorg in natura op grond van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ niet automatisch een overeenkomst tot stand komt tussen zorgaanbieder en cliënt. De cliënt krijgt volgens de minister in juridisch opzicht de zorg geleverd van de zorgverzekeraar/het zorgkantoor. Binnen dit contractuele kader (zorgaanbieder en zorgverzekeraar) kan niet op cliëntniveau de te leveren zorg worden bepaald. Dat zullen zorgaanbieder en cliënt zelf moeten regelen. De cliënt moet ook op grond van de Wcz toestemming geven voor de door de aanbieder voorgestelde zorg. In tegenstelling tot de minister kunnen wij de zorglevering niet anders duiden dan dat deze op grond van een zorgovereenkomst gebeurt. Ook volgens de Raad van State zal de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt normaal gesproken wel het karakter van een overeenkomst houden. Het zou dan ook veel begrijpelijker zijn als de minister had gekozen voor verbreding van de 'patiëntenrechten' uit de Wgbo naar de caresector. Dan zou niet alleen aan de cliënt voor diens zorg in de caresector duidelijkheid worden geboden, maar ook de logische systematiek met het overeenkomstenstelsel uit het Burgerlijk Wetboek behouden blijven.

#### **Algemene voorwaarden in de zorg**

Bovendien vinden wij het tegenstrijdig met de argumenten voor de noodzaak van een publiekrechtelijke regeling dat de minister in de MvT aangeeft voorstander te zijn van zelfregulering door het opstellen van tweezijdige algemene voorwaarden binnen het bekende kader van de behandelovereenkomst. Daarmee geeft de minister met zoveel woorden toe dat in de praktijk overeenkomsten gesloten worden. Het is naar onze mening niet juist dat de minister aanneemt dat dergelijke tweezijdige algemene voorwaarden doorwerken (MvT 6.3 pagina 28) omdat de zorgaanbieder al zijn cliënten materieel gelijk zal willen behandelen. 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. 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. Welke situaties in de zorg waarbij er 'doorwerking' zou kunnen plaatsvinden, worden in de MvT bedoeld? Het is van belang dat er helderheid wordt geschapen over situaties waarin onduidelijkheid kan bestaan. Naast het feit dat algemene voorwaarden geen 'zelfstandig' leven kunnen leiden (BW artikel 6:231) maar op een overeenkomst berusten, miskent de minister het tweezijdige karakter.

*Wij verzoeken de minister duidelijk te maken wat precies onder 'doorwerken' moet worden verstaan en op grond waarvan tweezijdige algemene voorwaarden doorwerken zonder overeenkomst.*

#### **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. Er zijn onderwerpen die zich naar hun aard niet lenen om in individuele rechten te worden vertaald. In de Wcz wordt in die gevallen een kunstgreep toegepast om deze alsnog te vertalen naar plichten voor zorgaanbieders. De onvolkomenheden in de Wgbo hadden ook opgelost kunnen worden door verbreding van de Wgbo naar de caresector. Daarin worden de individuele rechten en plichten geregeld. De Wcz omvat nu echter een aantal collectieve rechten. Zo stelt de MvT 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 artikel 38 en 39 van de Wet marktordening gezondheidszorg. De informatie over kwaliteit en prijs moet daarin zodanig zijn dat de cliënt die het zorgaanbod met zijn zorgvraag kan vergelijken; dit is dus 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 echter bestaan dat betekent dat in de toekomst dus alsnog 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 de systematiek van het BW en schept onduidelijkheid bij zorgaanbieders en cliënten bij de behandelingsovereenkomst (zie ook Prof. Hartlief in zijn preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht in 2007). Een en ander zal leiden tot onnodige lasten, omdat extra afstemming is vereist om samenloop of overlap te voorkomen.  
*Wij verzoeken de minister de hierboven genoemde knelpunten op te lossen.*

### **Artikel 8, 13, 14 en 16 in samenhang**

Onder artikel 8 komt het Besluit zorgplanbespreking te hangen. Er wordt in de MvT nogmaals gesteld dat dit zorgplan geen overeenkomst is en dat de minister geen zorgovereenkomst heeft willen introduceren. De BoZ is van mening dat de zorgaanbieder en cliënt (ook bij naturazorg) een overeenkomst aangaan en het feitelijk met elkaar eens moeten zijn over het zorgplan; het aanbod moet aansluiten bij de hulpvraag en de cliënt moet toestemming geven voor uitvoering van het plan. Dat het zorgplan geen overeenkomst zou zijn, valt ook niet te rijmen met hetgeen de minister zelf in het Staatblad 2010. 864 schrijft op bladzijde 18 onderdeel C en F: *"Een zzp is dus een bepaalde hoeveelheid samenhangende zorg die voor een cliënt met een bepaald zorgprofiel die in een AWBZ instelling verblijft voldoende is..... Dat pakket aan zorg en het tarief daarvoor houden rekening met bepaalde bandbreedtes in de hoeveelheid benodigde zorg. De cliënt maakt over de precieze invulling van zijn zzp in het zorgplan afspraken met de instelling. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat de ene cliënt binnen de mogelijkheden van het zzp wat meer verzorging afspreekt en de ander wat meer begeleiding of dat de ene periode wat minder zorg wordt geleverd en de andere periode wat meer."* Het houden van de bespreking en het maken van het zorgplan zijn essentieel om te bepalen welke doelen je met de cliënt hebt gesteld en hoe je als zorgaanbieder voorstelt om die doelen voor de cliënt te bereiken.

De cliënt moet op grond van artikel 16 van de Wcz ook toestemming geven voor de zorg, waarover van tevoren overleg conform artikel 14 heeft plaats gehad. Dit zodat blijkt dat hij het eens is met de door de zorgaanbieder voorgestelde zorg en de wijze waarop deze die zorg gaat uitvoeren. Hoe kan de zorgaanbieder de zorg verlenen als de cliënt het niet eens is met zijn zorgplan? Feitelijk gaat het bij het zorgplan in belangrijke mate om het concretiseren van de wijze van uitvoeren van de afgesproken zorg (lees: uitvoeren van de overeenkomst).

Ook hierbij geldt dat het volgens de BoZ veel duidelijker zou zijn als werd gekozen voor het verbreden van de Wgbo tot een 'zorgovereenkomstenstelsel' in het Burgerlijk Wetboek. Dat het Besluit zorgplanbespreking tevens een kwaliteitsitem is ter uitwerking van de norm goede zorg, hoeft daaraan niet in de weg te staan.

*Wij verzoeken de minister antwoord te geven op de volgende vragen:*

- 1. Hoe verhoudt zich de zorgplansystematiek en het maken van afspraken tot het uitgangspunt dat bij naturazorg niet vanzelf een overeenkomst tot stand komt; en*
- 2. Waarom is - nu ook uit de toelichting in het Staatblad blijkt dat de minister zelf beschrijft dat tussen zorgaanbieder en cliënt in de langdurige zorg afspraken gemaakt moeten worden over de zorglevering - aansluiting bij een overeenkomstenstelsel niet veel adequater?*

### **Artikel 11, register systematische bewaking**

Artikel 11 stelt dat gegevensverwerking zonder toestemming van de cliënt alleen maar mogelijk is als het gaat om persoonsgegevens die afkomstig zijn uit een *interne melding van incidenten en bijna-incidenten*, waaronder gegevens betreffende gezondheid. Artikel 11 uit het voorontwerp van de wet<sup>4</sup> was ruimer geformuleerd en maakte het mogelijk dat ten behoeve van een goede werking van het kwaliteitssysteem, de zorgaanbieder tot de cliënt herleidbare (gezondheids)gegevens zonder diens toestemming in een register mag opnemen. *Waarom is in de aangepaste versie het register gekoppeld aan incidentmeldingen?*

In de reguliere zorgverlening kunnen zich ook zaken voordoen die geen incident zijn, maar wel nuttig zijn om op te nemen in een register ten behoeve van een goed werkend kwaliteitssysteem. Ook zou daarmee de administratieve lastendruk aanzienlijk verminderen. Er hoeft immers in de oude versie van artikel 11 niet iedere keer toestemming aan de cliënt te worden gevraagd bij het opvragen van cliëntgegevens door interne en externe medewerkers als er bijvoorbeeld audits worden gehouden ten behoeve van de kwaliteit van zorg.

### **artikel 12, register systematische bewaking**

In de MvT (blz. 83) wordt nog steeds een verwijzing gemist naar de wijziging van de Wet op de jeugdzorg als het gaat om de landelijke elektronische verwijsindex risico gedrag jongeren. Ook wordt niet ingegaan op de status van de incidentmelding in de zin van de Wcz ten opzichte van het melden bij de verwijsindex.

*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 dit 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. Het is van belang dat hierover in de toelichting duidelijkheid wordt gegeven.

### **artikelen 13 en 14 (of andere basis 19 ev.): link met EPD**

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 algemeen en voor de praktische invulling van artikel 13 en 14 in het bijzonder, is voldoende draagvlak in het veld onontbeerlijk. Dit punt wil de BoZ benadrukken. Verder blijft het onduidelijk hoe het Elektronisch cliëntendossier (ECD) dat wordt gehanteerd in de caresector, zich verhoudt tot het Elektronisch patiëntendossier (EPD) in de curatieve sector.

*Wij verzoeken de minister om in de Wcz niet al uit te gaan van één EPD dat van toepassing is op de gehele zorg.*

### **artikel 18, beëindiging van zorg**

Met de invoering van de Wcz zullen er twee bepalingen zijn die gaan over beëindiging van de zorg, te weten artikel 18 van deze wet en artikel 7:460 BW. *Dat roept de vraag op welke bepaling geldt in welke situatie: gaat de wettelijke bepaling van artikel 18 voor op die van artikel 7:460?* 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 18 Wvz). Hoe verhouden

---

<sup>4</sup> De zorgaanbieder mag in een register als bedoeld in artikel 10, tweede lid, tot de cliënt herleidbare gegevens opnemen zonder diens toestemming. Hij voorziet in waarborgen dat die herleidbaarheid uitsluitend mogelijk is voor zover een goede werking van het kwaliteitssysteem dat vereist.

beide bepalingen zich ten opzichte van elkaar? Het is wenselijk dat de MvT hier duidelijkheid over biedt.

In de toelichting op artikel 18 tweede lid wordt over 'hetgeen redelijkerwijs verlangd wordt' aangegeven dat alleen in uitzonderlijke situaties deze beëindiging kan plaats vinden. De zorgaanbieder moet volgens de toelichting echter zorg blijven verlenen als de gezondheidssituatie van de cliënt continuering vereist. Hiermee is niet duidelijk wat dit betekent voor de langdurige zorg. Bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg is de cliënt vaak levenslang in zorg. Toch kan het in het belang van de andere cliënten zijn dat de zorg voor een bepaalde cliënt moet eindigen. De verantwoordelijkheid voor overdracht kan dan niet voor onbeperkte duur bij de desbetreffende zorgaanbieder blijven liggen. Naar onze mening heeft de zorgverzekeraar hier een zorgplicht om, indien de zorgaanbieder er in alle redelijkheid niet in slaagt de zorg over te dragen, hierin te voorzien. De zorgverzekeraar(zorgkantoor) regelt de (landelijke) inkoop voor de langdurige zorg en is in staat dit te regelen.

*Wij vragen de minister om deze situatie en de taak van de zorgverzekeraar in de toelichting over de uitzonderingen op te nemen.*

#### **artikel 19, toestemming voor handelingen van ingrijpende aard**

Volgens deze bepaling dient de zorgaanbieder in het dossier vast te leggen voor welke handelingen van ingrijpende aard de cliënt toestemming heeft gegeven. De Wgbo kent de mogelijkheid dat cliënten op verzoek hun toestemming voor handelingen van ingrijpende aard kunnen vastleggen. Hiervan wordt in de praktijk geen gebruik gemaakt. De BoZ meent op grond van het voorgaande dat, nu de MvT hiervoor ook geen argumenten geeft, van de zorgaanbieder een nodeloze administratieve handeling wordt gevraagd; het nut ervan is niet gebleken maar de zorgrelatie juridiseert wel hierdoor. *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 20, bewaartermijn**

Op dit moment worden in de care sector vaak andere, maar ook meer gegevens vastgelegd dan in een dossier in de curatieve sector. Dit vanwege het feit dat onduidelijk is voor de instelling wat bewaard dient te worden. Gedacht kan worden aan woongegevens, begeleidingsgegevens, 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 de organisatie van de instelling daarop moet inrichten, wat ongewenst is en bovendien 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 20 jaar in een dossier dienen te worden bewaard en welke gegevens niet?*

#### **artikel 21 en 22 dossiervorming:**

Incidenten bij de zorgverlening moeten volgens artikel 21 en 22 in het dossier van de cliënt worden vastgelegd. Stel, er zijn vermoedens van seksueel misbruik van een cliënt bij een andere cliënt; artikel 21 brengt met zich mee dat dit in het dossier moet worden opgenomen. Welk dossier betreft het dan: het cliëntdossier of een tijdelijk schaduw dossier? Stel dat na intern onderzoek blijkt dat de vermoedens onjuist zijn, dan roept dat de vraag op of deze gegevens uit het dossier kunnen worden verwijderd indien het in het cliëntdossier moet worden opgenomen (in plaats van in een tijdelijk schaduw dossier). Het is voor de praktijk van belang dat hierover duidelijkheid bestaat.

Een andere punt gaat over de vraag of cliënten via een aantekening in hun dossier van incidenten op de hoogte moeten worden gesteld. Vooral in situaties waarbij de kans klein is dat een merkbaar gevolg zich voordoet en de cliënt mogelijk nodeloos ongerust wordt gemaakt, lijkt ons de aantekening niet verstandig. 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, het woord 'kunnen' dient in dit wetsartikel te worden geschrapt.*

## **Hoofdstuk 4. effectieve laagdrempelige klachten – en geschillenbehandeling (art.27 -30)**

### **Artikel 28 lid 2 sub a, vaststelling van wilsbekwaamheid**

Op grond van artikel 28 lid 2 sub a, juncto artikel 4 lid 1 sub d zou de mentor of curator van een meerderjarige cliënt met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening kunnen klagen dat de verplichtingen uit de wet jegens hem niet zijn nagekomen. Aan artikel 4 lid 1 sub d ligt ten grondslag dat die meerderjarige cliënt die onder curatele staat of voor wie het mentorschap is ingesteld, niet in staat is om zijn wil te bepalen. In de gehandicaptensector, maar ook in de ouderenzorg, komt het regelmatig voor dat mensen die vaak levenslang en levensbreed in zorg zijn, goed in staat zijn om op onderdelen van de te leveren zorg wel zelf hun wil te bepalen en zelf toestemming te geven. De zorgaanbieder dient, ook als er een mentor of curator is, naar onze mening eerst te bepalen of de cliënt voor het betreffende onderdeel zelf zijn wil kan bepalen. Als dat inderdaad het geval is, dan kan de zorgaanbieder zijn verplichting jegens cliënt zelf nakomen. Pas als dit niet het geval is, komt de nakoming jegens de mentor of curator aan de orde. Deze situatie staat niet opgenomen in de MvT. Deze beschrijving is wel nodig omdat de mentor of curator anders altijd onverkort nakoming kan vorderen en derhalve ook in genoemde situatie (ten onrechte) zal klagen als de zorgaanbieder niet jegens hem nakomt.

*Wij verzoeken de minister om in de MvT bij artikel 28 lid 2 sub a, juncto artikel 4 lid 1 sub d op te nemen: 'dat bij mensen met een verstandelijke beperking, ook in geval van curatele of mentorschap, eerst situationeel bepaald moet worden of hij/zij wilsbekwaam is.'*

*Dit om te bepalen of de desbetreffende verplichtingen jegens de cliënt zelf of jegens de mentor of curator moeten worden nagekomen. Is de cliënt ter zake wilsbekwaam, dan gebeurt nakoming jegens de cliënt. Dit geldt uiteraard ook voor artikel 29 lid 2 sub a dat verwijst naar 28 lid 2 sub a.*

### **Artikel 28 lid 2 sub b, patiëntenvertrouwenspersoon**

Het artikel 28 lid 2 sub b bepaalt dat de zorgaanbieder in zijn regeling aanwijst dat een of meer personen belast zijn met de ondersteuning van cliënten met klachten.

Cliënten in de GGZ hebben een wettelijk recht op een onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). De GGZ heeft goede ervaringen met het werken met een klachtencommissie en een pvp. Deze goede praktijk zou onder de Wcz moeten kunnen blijven voortbestaan door de GGZ niet onnodig te belasten met een verplichte extra klachtenfunctionaris. Wij gaan ervan uit dat met het aanwijzen van een pvp, de aanbieder voldoet aan artikel 28 lid 2 sub b.

*Wij verzoeken de minister deze aanname te bevestigen.*

In hetzelfde artikel staat dat een klachtenfunctionaris alleen handelt met toestemming van de klager; dat zou dus in sommige gevallen niet de cliënt maar de vertegenwoordiger kunnen zijn.

*De BoZ stelt voor de wet in die zin te veranderen dat de functionaris zich in de regel eerst tot de cliënt richt en bij hem verifieert of deze adequaat voor zijn belangen kan opkomen en of hij advies en bijstand wenst of heeft ingeroepen. Pas daarna bekijkt de klachtenfunctionaris of de vertegenwoordigers in aanmerking komen.*

### **Artikel 28 lid 2 sub f, wettelijke termijn voor klachtenbehandeling**

De termijn die voor een klachtenafhandeling staat, is 6 weken met een eventuele verlenging van 4 weken in bijzondere situaties. In de huidige situatie loopt een klachtenprocedure bij de klachtencommissie gemiddeld 2 maanden. Aangezien het klachtentraject in de Wcz niet alleen behandeling door een eventuele klachtencommissie behelst, maar ook opvang en eventueel bemiddeling door een functionaris, denkt de BoZ

dat een zorgvuldige behandeling meer tijd zal vergen dan die 6 weken met een eventuele uitloop van 4 weken.

*Kan de minister aangeven of de 6-weeken-termijn alleen geldt voor de afhandeling door de functionaris? En indien het antwoord op deze vraag nee luidt, kan de minister aangeven wat er dan wel binnen de 6-weeken-termijn afgehandeld moet zijn; en kan de minister in het belang van een zorgvuldige klachtafhandeling, een meer realistische (lees: langere) behandeltermijn in de wet opnemen?*

In de MvT bij artikel 29 lid 2 sub d staat dat het niet doenlijk is om een wettelijke termijn vast te stellen voor de klachtbehandeling door de geschillencommissie!

*Kan de minister uitleggen waarom het wel doenlijk is een termijn voor de interne klachtenbehandeling op te nemen en niet voor de geschillencommissie.*

### **Artikel 29 lid 2, regeling geschillencommissie**

De minister betoogt dat bij naturazorg de zorgverzekeraar juridisch de leverancier is. Dan zou het ook consistent zijn als die zorgverzekeraar in zijn hoedanigheid als leverancier in eerste instantie door de cliënt aangesproken wordt. De competentie van de geschilleninstantie in artikel 29 lijkt te gaan over alle gedragingen van de zorgaanbieder.

In de context van het overeenkomstenstelsel kunnen wij begrijpen dat de cliënt de zorgaanbieder kan aanspreken via de geschillencommissie. De minister doorbreekt echter met de Wcz in onze ogen de bestaande en logische systematiek met het overeenkomstenstelsel, hetgeen voortkomt uit diens (beperkte) opvattingen bij natura zorg. Daarentegen wil de minister weer wel dat de cliënt meteen de zorgaanbieder kan aanspreken, hetgeen past in het overeenkomstenstelsel.

*De BoZ verzoekt de minister deze inconsistentie uit te leggen en ter zake van naturazorg toe te lichten waarom de cliënt niet eerst de zorgverzekeraar in zijn hoedanigheid van leverancier dient aan te spreken over de zorg alvorens de cliënt zich kan wenden tot de geschillencommissie.*

### **Artikel 29 lid 2 sub b, collectieve actie**

Het wetsvoorstel regelt de mogelijkheid tot collectieve actie. De in het wetsvoorstel genoemde rechtspersonen zouden de verplichting opgelegd moeten worden zich in te spannen tot behoorlijk overleg met de zorgaanbieder, alvorens zich te richten tot de geschillencommissie, een en ander op 'straffe van' niet ontvankelijkheid bij de geschillencommissie.

*Kan de minister deze "inspanning tot overleg" opnemen in de wettekst een en ander op 'straffe van' niet ontvankelijkheid bij de geschillencommissie.*

### **Artikel 29 lid 2 sub c jo artikel 90, claimbedrag**

Artikel 90 van het wetsvoorstel regelt de mogelijkheid om via een koninklijk besluit het claimbedrag bij de geschilleninstantie tijdelijk te stellen op € 10.000 in plaats van het genoemde bedrag in artikel 29 van € 25.000.

Het is onwenselijk om nu al € 25.000 in de wet op te nemen, mede omdat met de formulering in het voorstel 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. Bovendien wijzen wij er nadrukkelijk op dat een (hoge) claimmogelijkheid kan leiden tot een verharding in de hulpverleningsrelatie, wat niet ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. De cliënt zal zich mogelijk meer gaan richten op geldelijke genoegdoening, waardoor de relatie met de zorgaanbieder minder gebaseerd zal zijn op vertrouwen, probleemoplossing, van elkaar leren en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De BoZ vindt dit een slechte ontwikkeling.

*De BoZ stelt voor de claimgrens van € 10.000 op te nemen in artikel 29 en een evaluatietermijn in de wet te benoemen.*

### **Nieuw lid toe te voegen aan artikel 29**

De zorgaanbieder heeft geen toegang tot deze (laagdrempelige) geschilleninstantie. Wij vinden dat ook de zorgaanbieder een geschil met de cliënt zou moeten kunnen voorleggen aan deze geschillencommissie. Dit in samenhang met het gestelde onder artikel 6 over goed cliëntschap. In situaties dat de cliënt zich onbehoorlijk gedraagt kan de zorgaanbieder geen verantwoorde zorg leveren of kan er ook schade voor de zorgaanbieder ontstaan.

*De BoZ stelt u voor een nieuw lid toe te voegen aan artikel 29: de zorgaanbieder kan desgewenst een geschil bij de geschillencommissie voorleggen. En in de toelichting de situatie aangeven dat deze situatie zich kan voordoen bij het niet nakomen van artikel 6 door de cliënt.*

## Hoofdstuk 5. Medezeggenschap en goed bestuur

### Artikel 33, taak- en bevoegdheidsverdeling cliëntenraden

Het is ondoelmatig om alle cliëntenraden van een zorgorganisatie te betrekken bij alle voorgenomen besluiten. Ook komt het in de praktijk voor dat slechts een deel van de locatieraden (cliëntenraden op locatieniveau) taken en bevoegdheden delegeren aan een centrale cliëntenraad. Dat draagt niet bij aan de werkbaarheid en de werkzaamheid van de medezeggenschapsregeling.

Daarom is het verstandig dat de wetgever de taak- en bevoegdheidsverdeling voorschrijft in het geval de zorgaanbieder kiest voor een centrale cliëntenraad en lokale raden. De reikwijdte en de doelgroep van de besluiten van de zorgaanbieder moet daarbij leidend zijn voor de bevoegdheidsverdeling en -verdeling. Als het aangelegenheden betreft die van gemeenschappelijk belang zijn voor meerdere of alle cliënten van de locaties (of organisatieonderdelen) van de zorgaanbieder, is de centrale raad bevoegd. De decentrale raad is de lokale belangenbehartiger, de centrale raad is er voor het behartigen van de belangen van gemeenschappelijke aard.

*Wij stellen voor dit een bepaling van regelend recht te laten worden. Is er overeenstemming tussen cliëntenraad en zorgaanbieder dan kan van deze verdeling worden afgeweken.*

Artikel 33 lid 3 omschrijft wanneer een zorgaanbieder naast een (centrale) cliëntenraad uit het tweede lid ook voor organisatieonderdelen een cliëntenraad moet instellen. De wettekst schrijft deze verplichting voor 'indien zulks voor die onderdelen in redelijkheid aangewezen is te achten'. De MvT is wat minder cryptisch en stelt dat deze verplichting bestaat indien dat nodig is voor een goede regeling van de medezeggenschap. Deze formulering schept op zichzelf beschouwd ruimte voor een eigen invulling. Omdat de regeling onder het instemmingsrecht van cliëntenraden valt, is het echter de vraag of deze beleidsruimte wel geambieerd moet worden.

*Wij stellen voor uit te gaan van wat in de uitkomsten van overleg (uvo) van veldpartijen; het Gezamenlijk stimuleringsprogramma medezeggenschap cliënten is geregeld: bij ten minste 25 cliënten op een locatie bestaat de verplichting om een cliëntenraad in te stellen (en bij een grootte van 15-24 cliënten kunnen de cliënten hiervoor opteren.)*

### Artikel 34, kosten cliëntenraden

Het vijfde lid van artikel 34 vermeldt dat de cliëntenraad niet in de proceskosten veroordeeld kan worden; dit lid verwijst ten onrechte niet naar het derde lid.

*Wij stellen de minister voor toe te voegen dat als de cliëntenraad de zorgaanbieder niet in kennis stelt van de kosten van een rechtsgeding (of de opgevoerde kosten redelijkerwijs niet noodzakelijk zijn) de cliëntenraad wel in de proceskosten veroordeeld kan worden.*

### Artikel 35, geheimhoudingsplicht cliëntenraden

Dit artikel legt de zorgaanbieder een informatieplicht op. Met cliëntenraden moet alle informatie worden gedeeld die de cliëntenraad voor zijn werkzaamheden nodig heeft. Deze informatie kan privacygevoelig zijn en/of bedrijfsgevoelige gegevens bevatten.

*Wij verzoeken de minister aan dit artikel een geheimhoudingsplicht voor cliëntenraden toe te voegen voor die informatie die naar zijn aard redelijkerwijs als vertrouwelijk is aan te merken.*

### Artikel 36, adviesrecht cliëntenraden

Lid 4 bevat een adviesrecht van de cliëntenraad over voorgenomen besluiten van het bestuur van de rechtspersoon die aan het hoofd staat van een groep waarvan een

zorgaanbieder deel uitmaakt, indien deze besluiten ingrijpende gevolgen hebben voor die zorgaanbieder.

*Wij verzoeken de minister hierbij aan te geven dat van een dergelijk adviesrecht alleen sprake kan zijn als het onderwerpen betreft waarover een cliëntenraad op grond van de wet een adviesrecht heeft.*

*Wij verzoeken de minister verder om duidelijker aan te geven wanneer gevolgen als 'ingrijpend' aangemerkt kunnen worden.*

### **Artikel 36/37 Instemmingsrecht**

Artikel 36 en 37 van het wetsvoorstel houdt in dat een voorgenomen besluit over een lange termijn huisvestingsplan van zorgorganisaties waar cliënten als regel langdurig verblijven, onder het instemmingsrecht valt. Hiermee wijkt het wetsvoorstel expliciet af van de uitkomsten van overleg (uvo) van veldpartijen, die een dergelijk besluit onder het adviesrecht schaarde. Lid 1 sub d van artikel bevat voorts een instemmingsrecht bij een voorgenomen besluit inzake het programma van eisen. Dit instemmingsrecht dient zich, zoals aangegeven in de uvo, te richten op een adequate vertaling van het leefwensenonderzoek in het programma van eisen en niet op het gehele programma. Het wetsvoorstel bevat deze koppeling nu niet.

*Wij verzoeken de minister het wetsvoorstel in overeenstemming te brengen met de uvo*

### **Artikel 37, initiatiefrecht**

Artikel 36 lid 3 bepaalt dat de cliëntenraad ook op eigen initiatief kan adviseren. Artikel 37 lid 2 schrijft voor dat de zorgaanbieder niet van een advies van de cliëntenraad mag afwijken indien het een onderwerp betreft dat onder het instemmingsrecht valt. Deze regel geldt ook voor een ongevraagd advies. Ook zonder een voorgenomen besluit kan een cliëntenraad adviseren over de adviesplichtige onderwerpen en alle andere onderwerpen die voor de cliënten van belang kunnen zijn. De zorgaanbieder moet een dergelijk advies op dezelfde wijze behandelen als een op zijn verzoek gegeven advies. Dat houdt in dat de cliëntenraad zelf bestuurlijke besluitvorming kan entameren, waarbij het bestuur gebonden is aan de inhoud van het advies van de cliëntenraad. Dat staat op gespannen voet met (het systeem) van de wettelijke bevoegdheidsverdeling uit het rechtspersonenrecht. Het is niet denkbeeldig dat de cliëntenraad hierdoor zelf bestuurlijke verantwoordelijkheid (en aansprakelijkheid) voor de betreffende financiële, beleidsmatige of strategische besluiten naar zich toetrekt.

*Wij verzoeken de minister de wet zodanig aan te passen dat een ongevraagd advies, - ongeacht het onderwerp - door de zorgaanbieder als een 'gewoon advies' in zijn oordeelsvorming wordt betrokken, overeenkomstig het bepaalde in artikel 37, lid 1.*

## **Hoofdstuk 7. Toezicht en handhaving Artikelen 58-63**

### **Artikel 58 leden 4 en 5, onvoldoende waarborgen voor privacy cliënt en beroepsgeheim**

Het wetsvoorstel regelt de bevoegdheid van de IGZ om zonder toestemming van de cliënt zowel diens zorgwoning binnen te treden als zijn behandeldossier in te zien. Door een open normstelling is het onduidelijk met welk doel de IGZ haar bevoegdheden uitoefent en wanneer zij voldoet aan de beginselen van noodzakelijkheid en proportionaliteit. De invulling daarvan wordt vooral aan de IGZ zelf overgelaten. Of en in hoeverre de zorgaanbieder tot medewerking kan worden verplicht, is afhankelijk van de *noodzaak* van de inzet van de handhavingsmiddelen door de IGZ.

Er is bovendien geen garantie dat patiëntgegevens 'op straat' komen te liggen. Op het moment dat een zorgaanbieder gegevens aan de IGZ verstrekt, is het 'uit zijn handen' en kan de IGZ na een succesvol beroep op de WOB beslissen om gegevens aan verzoeker te verstrekken of openbaar te maken.

*De BoZ constateert aldus onvoldoende waarborgen ten aanzien van de bescherming van de privacy van de cliënt en het beroepsgeheim van de zorgaanbieder en verzoeken de minister dit artikel uit het voorstel te schrappen, althans het wetsvoorstel hierop te heroverwegen. Tevens vragen wij de minister wat het standpunt van het CBP in deze is?*

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

### **Artikel 80**

#### **Vervallen toezicht IGZ op de huishoudelijke verzorging**

In de MvT op pagina 76 wordt aangegeven dat begin 2014 een wetsvoorstel wordt voorbereid waarin het toezicht van de IGZ op de huishoudelijke verzorging als bedoeld in de Wmo zal vervallen, tenzij de uitkomsten van de tweede evaluatie en van het IGZ-toezicht tot een ander inzicht nopen.

Wij hebben zorgen over deze evaluatie. Om een goede evaluatie te kunnen plegen zouden gemeentes verplicht moeten worden het kwaliteitsdocument 'Kwaliteitsdocument voor Verantwoorde Hulp bij het Huishouden' te hanteren anders kan de kwaliteit niet goed worden geëvalueerd. Het komt op dit moment voor dat van zorgaanbieders wordt geëist dat zij een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van of het meten van kwaliteit op basis van een totaal ander instrument.

*De BoZ vraagt de minister om de eenheid in de aanloop naar een evaluatie te bewaken en gemeentes te verplichten tot:*

- *het gebruik van Kwaliteitsdocument voor Verantwoorde Hulp bij het Huishouden" en*
- *het meenemen van de CQ-vragen in de eigen klanttevredenheidsmeting die gemeenten vanuit de WMO verplicht zijn uit te voeren.*

Bij het voornemen is om het toezicht van de IGZ vanaf 2014 te laten vervallen voor de huishoudelijke verzorging wordt over de openbare GGZ niet gesproken.

*Kan de minister aangeven of dit een omissie is of bewuste keuze?*

### **Artikel 84 Bevoegdheden van de 16/17 jarige cliënt met een beperking**

Op grond van artikel 84 blijft nog een 'rest Wgbo' gehandhaafd. Nu artikel 7: 447 BW blijft gehandhaafd, wordt alleen geregeld dat een wilsbekwame 16/17 jarige een geneeskundige behandelingsovereenkomst mag sluiten. Nu echter niet voor verbreding van de Wgbo naar de care is gekozen, lijkt het een omissie en is het op zijn minst onduidelijk of de 16/17jarige cliënt met een beperking met een persoonsgebonden budget, een overeenkomst tot bijvoorbeeld begeleiding of dagbesteding kan sluiten. Dit had opgelost kunnen worden door verbreding van de Wgbo naar de care.

*Wij vragen de minister om:*

1. *de (rest-)Wgbo alsnog te verbreden naar de care of*
2. *in de toelichting op te nemen dat deze situatie, namelijk die waarin de wilsbekwame 16/17jarige cliënt met een beperking een overeenkomst sluit tot bijvoorbeeld begeleiding of dagbesteding te zien is als "in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk" (conform artikel 1:234 lid 3 BW).*

Ook bij verdergaande zorgvormen, zoals de zorg met verblijf, -vooropgesteld dat het hier particuliere financiering of (toekomstig) PGB GGZ betreft- biedt noch dit wetsvoorstel noch de rest Wgbo enige duidelijkheid voor het sluiten van een overeenkomst door de 16/17 jarige cliënt met een beperking. *Ook hier vragen wij om in de toelichting op te nemen dat deze 16/17 jarige deze overeenkomst mag sluiten.*