

De Wet cliëntenrechten zorg en de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder



Mevrouw mr. S. Colsen
WJI Advocaten

Op 14 juni 2010 is bij de Tweede Kamer het voorstel van de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) ingediend¹. Dit wetsvoorstel, ter versterking van de positie van de cliënt, is de derde stap in de vernieuwing van het zorgstelsel waarin de cliënt centraal staat. In de voorafgaande jaren is hiertoe al het verzekeringsstelsel gewijzigd (door de invoering van de Zorgverzekeringswet) en het zorgaanbod meer decentraal georganiseerd (middels de Wet marktordening gezondheidszorg)². Na de val van het kabinet Balkenende IV is het wetsvoorstel controversieel verklaard. In het regeerakkoord van VVD en CDA is echter opnieuw als doelstelling geformuleerd om de rechten van patiënten te versterken. De Wcz is daarmee weer op de parlementaire agenda geplaatst³. In juli 2011 is de Wcz in gewijzigde vorm goedgekeurd door de Ministerraad⁴. Op 22 maart 2012 heeft de minister een tweede nota van wijziging aan de Tweede Kamer gestuurd. Deze laatste wijzigingen zijn vooral van technische aard. Het is thans wachten op het advies van de Raad van Staten over de wijzigingen in het wetsvoorstel⁵ en de goedkeuring door de Tweede en Eerste Kamer.

Het wetsvoorstel heeft tot doel om de individuele en collectieve positie van de cliënt als derde partij (naast de zorgaanbieder en zorgverzekeraar) in het nieuwe zorgstelsel te versterken en de cliënt beter in staat te stellen zijn rechten te handhaven. Ook moet de wet meer duidelijkheid scheppen over de verantwoordelijkheden van en tussen zorgaanbieders en een oplossing bieden voor de huidige versnipperde wetgeving. Verder wordt het wetsvoorstel gezien als een 'symbolische omslag in het denken over de regie en sturing in de zorg'⁶.

De Wcz kent de volgende opbouw. Hoofdstuk 1 bevat algemene bepalingen (art. 1-4). Deze bepalingen zijn vooral van belang voor het toepassingsbereik van de wet. In hoofdstuk 2 is het recht op goede zorg uitgewerkt (art. 5-12). Hoofdstuk 3 bevat de 'klassieke' patiëntenrechten (art. 13-26). De klachten- en geschillenbehandeling is opgenomen in hoofdstuk 4 (art. 27-30). Hoofdstuk 5

bevat bepalingen over medezeggenschap en goed bestuur (art. 31-41) en hoofdstuk 6 overige bepalingen (art. 42-47). Hoofdstuk 7 handelt over toezicht en handhaving (art. 58-63). Hoofdstuk 8 bevat de wijzigingen in en intrekkingen van andere wetten en het overgangsrecht (art. 64-97).

In deze bijdrage beschrijf ik de Wcz voor zover deze (mogelijk) van invloed is op de aansprakelijkheidspraktijk. Hiertoe sta ik achtereenvolgens stil bij de reikwijdte van de Wcz, het recht op kwaliteit en veiligheid, de patiëntenrechten, de behandeling van klachten en geschillen door een geschilleninstantie en de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder. Voor meer uitgebreide uitleg over de Wcz verwijs ik naar het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (TvGR) dat in 2010 een themanummer aan de Wcz heeft gewijd⁷.

Reikwijdte

Een belangrijke wijziging van het wetsvoorstel ten opzichte van de huidige situatie is dat de Wcz gaat gelden voor vrijwel alle relaties in de zorg. Dit brede toepassingsbereik volgt uit art. 1 Wcz en dan vooral uit de begrippen 'zorg' en 'zorgaanbieder'.

Onder 'zorg' wordt in het wetsvoorstel verstaan: zorg en andere diensten⁸ als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), ongeacht of de kosten daarvan op enigerlei wijze worden vergoed (art. 1, eerste lid, onder a, 1? Wcz). Zo valt bijvoorbeeld ook de zorg verleend in (particuliere) verpleeg- en verzorgingshuizen onder de wet. Onder 'zorg' wordt daarnaast verstaan: handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als bedoeld in art. 1 van de Wet BIG, die niet zijn omschreven bij of krachtens de Zvw en AWBZ, ook indien die handelingen een andere strekking hebben dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt (art. 1, eerste lid, onder a, 2? Wcz). Hiermee wordt bijvoorbeeld gedoeld op tandheelkundige hulp voor volwassenen, alternatieve geneeswijzen en cosmetische verrichtingen⁹.

De cliëntenrechten uit de Wcz zijn daarmee rechtstreeks van toepassing op alle relaties in de zorg. Anders dan in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de cliëntenrechten (in de WGBO aangeduid als patiëntenrechten) niet meer beperkt tot situaties waarin zorg wordt verleend op basis van een overeenkomst. De rechten volgen primair uit de wet en kunnen rechtstreeks bij de zorgaanbieder worden afgedwongen: bij een vordering tot nakoming via art. 3:296 BW en bij een vordering tot schadevergoeding via art. 6:162 BW. Hiermee is de schakelbepaling van art. 7: 464 lid 1 BW overbodig geworden¹⁰.

Deze verbreding naar alle relaties in de zorg was ook de reden dat de WGBO in het oorspronkelijke wetsvoorstel zou komen te vervallen¹¹.

Tijdens de parlementaire behandeling stuitte het verdwijnen van de WGBO echter op de nodige weerstand. Om de ongerustheid van de Kamer, de veldpartijen en gezondheidsrechtjuristen weg te nemen en om nog zekerder te stellen dat de bestaande jurisprudentie haar waarde zou blijven behouden, heeft de minister daarom in juli 2011 met een nota van wijziging alsnog besloten de WGBO naast de Wcz te laten bestaan¹².

Dat is jammer. Dörenberg wijst er terecht op dat daarmee het verduidelijken van de positie van de cliënt in één wettelijke regeling verloren gaat¹³.

In plaats van het laten vervallen van de WGBO wordt nu een vijfde lid aan art. 7:446 BW toegevoegd welke inhoudt dat bepalingen van de WGBO en de Wcz naast elkaar van toepassing zijn op geneeskundige behandelingen, 'behoudens voor zover deze bepalingen niet wel verenigbaar zijn of de strekking daarvan in verband met de aard van de rechtsbetrekking zich tegen toepassing verzet'. De vrees van Dörenberg dat dit kan leiden tot afstemmingsproblemen deel ik niet. De bepalingen uit de WGBO en de Wcz zijn immers dwingendrechtelijke van aard: hiervan mag niet ten nadele van de cliënt worden afgeweken. Dit betekent dat altijd de voor de cliënt meest gunstig bepaling zal gelden, uiteraard mits beide regimes van toepassing zijn¹⁴. Omdat de verplichtingen die voortvloeien uit de Wcz rusten op de zorgaanbieder, is het ook van belang om stil te staan bij deze definitie. In de Wcz is de zorgaanbieder de natuurlijke persoon die zelf beroepsmatig (in persoon) zorg verleent of de natuurlijke of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatige zorg doet verlenen (art. 1, eerste lid, onder f Wcz). In de toelichting is met concrete voorbeelden uitgebreid toegelicht wie zorgaanbieder is. Zo worden organisatorische verbanden die werkzaam zijn binnen een zorginstelling (zoals een maatschap van medisch specialisten die in een instelling werken op basis van een toelatingsovereenkomst) voor de toepassing van de Wcz niet beschouwd als zorgaanbieder¹⁵.

Tot slot wijs ik op de leden 2 tot en met 7 van art. 1 Wcz, waarin voor een aantal atypische situaties is aangegeven of en in hoeverre de Wcz van toepassing is (zoals voor zorg verleend in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg), de gemeentelijke gezondheidsdiensten, ambulancezorg, militaire gezondheidszorg, dovenszorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, de verstrekking van verpleegartikelen, verpleging van terbeschikkinggestelden, medische keuringen en zorg door alternatieve genezers). Het voert te ver om al deze situaties hier te bespreken. Alleen op de zorgverlening door alternatieve genezers kom ik later in deze bijdrage terug.

Kwaliteit en veiligheid

In de zogenoemde meibrief 2008, die ten grondslag ligt aan het wetsvoorstel, zijn zeven rechten geformuleerd voor de patiënt¹⁶. Eén van deze rechten is het recht op kwaliteit en veiligheid. Dit recht is nader uitgewerkt in hoofdstuk 2 van het wetsvoorstel dat betrekking heeft op

goede zorg. Het recht op goede zorg zelf (ook één van de zeven patiëntenrechten uit de meibrief) is vevat in art. 5 Wcz. Dit artikel geeft de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder een recht op goede zorg. Onder goede zorg wordt verstaan "zorg van een goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en waarbij de zorgverleners, met gebruikmaking van geschikte hulpzaken, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard".

De lezer zal opmerken dat de term goede zorg een samenvoeging is van verschillende aspecten uit de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de WGBO. Hieraan zijn enkele nieuwe aspecten toegevoegd, zoals veiligheid en tijdigheid. Van een inhoudelijk gewijzigde norm is echter geen sprake, zo blijkt uit de toelichting. Het begrip goede zorg verschilt alleen taalkundig van de thans geldende begrippen. De term is ook nog steeds dynamisch: de inhoud en reikwijdte van de aanspraak op goede zorg verandert met de zich in de praktijk ontwikkelende stand van de wetenschap en normen en eisen en ervaringen uit de kring van beroepsbeoefenaren¹⁷. Met de introductie van het begrip goede zorg heeft de wetgever bovendien niet beoogd afstand te doen van de geldende beleidskaders, beleidsregels, indicatoren en jurisprudentie. Deze blijven van toepassing¹⁸.

Voor aanbieders van alternatieve behandelwijzen geldt echter een afwijkende verplichting. Voor hen geldt niet de norm van goede zorg. Deze zorgverlening dient slechts zodanig te zijn dat dit niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade (art. 5 lid 2 Wcz). Met deze formulering is aangesloten bij art. 96, eerste lid, Wet BIG. Indien deze norm wordt geschonden kan de minister op grond van art. 60 lid 1 Wet BIG een schriftelijke aanwijzing geven¹⁹.

De overige bepalingen van hoofdstuk 2 richten zich voornamelijk op de zorgaanbieder. Zo geeft art. 7 Wcz de zorgaanbieder de opdracht om de organisatie van de zorg zodanig in te richten dat dit leidt tot goede zorg. Deze verplichting is thans opgenomen in art. 3 KZI. Art. 7 en enkele andere artikelen breiden de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder echter op verschillende punten uit. Zo ziet de opdracht uit art. 7 Wcz niet alleen op de personele en materiële middelen, maar ook op het gebouw waarin de zorgverlening plaatsvindt. Met het wegvallen van het bouwregime uit de WTZi is de toetsing door het College bouw zorginstellingen vooraf van de bouwkundige voorzieningen vervallen. De kwaliteit van het gebouw valt nu geheel onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

Bij de organisatie van de zorg dient de zorgaanbieder voorts aandacht te besteden aan de onderlinge afstemming tussen beroepsbeoefenaren. Indien de cliënt binnen een instelling gelijktijdig of opvolgend te maken heeft met meerdere zorgverleners dienen zij hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen en daarover afspraken te maken. Hierbij kan, zo volgt uit de toelichting, de door de KNMG

> uitgebrachte 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'²⁰ behulpzaam zijn. De Wcz biedt geen waarborg voor afstemming bij (transmurale) ketenzorg.

Daarnaast dient de organisatie van de zorg zodanig te zijn dat de personen die de zorg verlenen daarover verantwoording afleggen aan (het bestuur van) de zorgaanbieder. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om de zorgverleners zodanig te instrueren dan wel zodanige afspraken met hen te maken dat aan deze eis wordt voldaan. Hierbij moet onder andere worden gedacht aan het melden van misstanden en de deelname aan een kwaliteitssysteem evenals het delen van conclusies en aanbevelingen van visitierapporten met de raad van bestuur. Deze verantwoordingsverplichting geldt zowel voor personen in loondienst als voor personen die op een andere manier door de zorgaanbieder zijn ingeschakeld (bijvoorbeeld op basis van een toelatingsovereenkomst)²¹.

In dit verband wijs ik ook op art. 2 Wcz dat voorschrijft dat de zorgaanbieder slechts zorg doet verlenen door zorgverleners of opdrachtnemers met wie hij een schriftelijke overeenkomst is aangegaan die waarborgt dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld. Dit betekent niet dat de zorgaanbieder vrij spel heeft bij het vaststellen van deze regels. Het derde lid garandeert immers dat deze overeenkomst niet treedt in de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die voortvloeit uit de voor hem geldende professionele standaard. Opmerkelijk zijn de leden 4, 5 en 6: de zorgaanbieder mag slechts een overeenkomst aangaan na een antecedentenonderzoek en na ontvangst van een verklaring omtrent het gedrag. Voor het antecedentenonderzoek verwijst de toelichting onder meer naar het BIG-register, het register met tuchtrechtspraken en voormalige werkgevers. De regel beoogt te voorkomen dat disfunctionerende hulpverleners ongehinderd kunnen rouleren en telkens (elders) opnieuw kunnen beginnen. Sijmons vraagt zich af of dit een spiegelbeeldige verplichting tot spreken voor het bestuur van een zorginstelling in het leven roept bij vertrek van een disfunctionerende zorgverlener wanneer een nieuwe instelling antecedenten natrekt²². De minister wil niet zo ver gaan. Uit de nota naar aanleiding van nader verslag volgt dat de Wcz, noch een andere wet, een verplichting voor ex-werkgevers kent om aan een nieuwe werkgever informatie te verstrekken over het functioneren van die medewerker of de reden van het ontslag. Ook de wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens verzet zich tegen het verstrekken aan derden van persoonsgegevens voor een ander doel dan waarvoor men die onder zich heeft (personeelsbeheer). De in de Wcz opgenomen vergewisplicht (art. 2 lid 4) brengt volgens de minister wel de verplichting voor de nieuwe zorgaanbieder mee om aan de nieuwe zorgverlener toestemming te vragen dat referenties worden ingewonnen en dat hij, indien de betrokkenen daaraan zonder goede gronden niet wenst mee te werken, daaruit de juiste conclusies trekt²³.

De zorgaanbieder moet voorts met een kwaliteitssysteem

de kwaliteit van de zorg bewaken, beheersen en verbeteren (art. 10). De uitwerking van het kwaliteitssysteem wordt aan de zorgaanbieder overgelaten: zij is afhankelijk van de aard en omvang van de zorgverlening. Wel geldt in alle gevallen dat de zorgaanbieder op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg verzamelt en registreert, aan de hand van deze gegevens op systematische wijze toetst of de organisatie van de zorg leidt tot goede zorg en zo nodig veranderingen doorvoert.

Art. 11 eerste lid Wcz regelt het gebruik van patiëntgegevens ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. De regeling houdt in dat, voor zover noodzakelijk in het kader van een goede kwaliteitsbewaking, zonder toestemming van de cliënt persoonsgegevens mogen worden verwerkt die afkomstig zijn uit een interne melding van incidenten, waaronder gegevens over de gezondheidstoestand.

In het tweede tot en met het achtste lid van art. 11 Wcz is vervolgens het veilig melden van incidenten geregeld. Het tweede lid legt op de zorgaanbieder de verplichting om een schriftelijke procedure vast te leggen, waarin wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten²⁴. Uit het vierde lid volgt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur elementen worden vastgesteld waaruit deze interne procedure moet bestaan. Het zesde lid bevat de hoofdregel: gegevens uit het interne meldingsregister van de zorgaanbieder mogen niet als bewijs worden gebruikt in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure. Evenmin kan een disciplinaire maatregel, een bestuurlijke sanctie of een bestuurlijke maatregel daarop worden gebaseerd. Het zevende lid voegt daar nog aan toe dat gegevens die afkomstig zijn uit het interne meldingssysteem niet openbaar zijn.

Tot slot is in het kader van de kwaliteit en veiligheid art. 12 Wcz van belang. Dit artikel verplicht de zorgaanbieder onverwijld melding te doen aan de inspectie van iedere calamiteit bij de zorgverlening, geweld in de zorgrelatie en een opzegging of niet-voortzetting van een overeenkomst met een zorgverlener in verband met de wijze van functioneren.

Patiëntenrechten

De patiëntenrechten met betrekking tot informatie, toestemming en privacy zijn neergelegd in hoofdstuk 3 van het wetsvoorstel (art. 13-26). Deze rechten zijn thans opgenomen in de WGBO. De WGBO-bepalingen zijn voor een groot deel (letterlijk) overgenomen. Afwijkend van de WGBO is echter dat de meeste rechten in de Wcz zijn geformuleerd als rechten van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder. Alleen de therapeutische exceptie (art. 14 lid 3 Wcz), het recht op niet-weten (art. 15 Wcz) en de plicht tot dossiervorming (art. 19 Wcz) zijn nog als verplichting geformuleerd.

Verder is nieuw in hoofdstuk 3 het recht op keuze-informatie. Dit recht is vervat in art. 13 Wcz en bepaalt dat de cliënt jegens de zorgaanbieder er recht op heeft dat deze hem op zijn verzoek informatie geeft over de door hem aangeboden zorg, waaronder begrepen de tarieven en kwaliteit en de ervaringen van cliënten. Daarnaast infor-

meert de zorgaanbieder de cliënt over de wachttijd en het al dan niet bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid (evidence based) van de aangeboden zorg. Ook dient de zorgaanbieder de cliënt desgevraagd te informeren over de rechten uit de Wcz. Het is de bedoeling van de wetgever om met het recht op keuze-informatie de rechtspositie van de cliënt voorafgaand aan de zorgrelatie te versterken. Volgens de wetgever is de toegang tot deze informatie van belang voor de cliënt om welbewust te kunnen kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Het is echter de vraag of het op de weg van de zorgaanbieder ligt om de cliënt van deze informatie te voorzien. Hendriks merkt terecht op dat een dergelijke aanspraak grote gelijkenissen vertoont met een slager die zijn eigen vlees keurt en hierover verslag moet doen aan zijn klanten. Het is twijfelachtig of op deze wijze de (precontractuele) rechtspositie van de cliënt daadwerkelijk wordt versterkt. Voor verdere kritische kanttekeningen bij dit recht verwijst ik naar de bijdrage van Hendriks in het TvGR²⁵. Het recht op keuze-informatie kan naar mijn mening wel leiden tot uitbreiding van de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder. Indien de zorgaanbieder onvoldoende informatie heeft verstrekt, kan de cliënt (bij een teleurstellend resultaat van de behandeling) betogen dat hij bij een deugdelijke informatieverstrekking voor een andere zorgverlener zou hebben gekozen. Of dit betoog ook leidt tot toekenning van een schadevergoeding valt nog te bezien. Bij een reguliere medische (noodzakelijke) behandeling zal, net als bij het ontbreken van informed consent, het bewijs hiervan niet eenvoudig te leveren zijn²⁶. Voorts is nieuw het recht op overleg. Art. 14 lid 1 Wcz verplicht de zorgaanbieder de cliënt desgevraagd te informeren over de termijn waarop zorg wordt verleend en de tijdsduur van de zorg. Deze uitbreiding is mijns inziens niet van invloed op de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder. Wanneer immers de termijn waarop de zorg wordt of kan worden verleend van invloed is op het behandelresultaat, behoort dit tot de gewone (al bestaande) informatieplicht.

Tot slot wijs ik op twee wijzigingen wat betreft de dossiervorming. De eerste wijziging betreft de bewaartermijn: de Wcz verlengt de bewaartermijn van een dossier van vijftien naar twintig jaar (art. 20 lid 1 Wcz). De tweede wijziging betreft art. 21 Wcz, waarin de verplichting van de zorgaanbieder is opgenomen om incidenten met merkbare gevolgen voor de cliënt te melden en hiervan mededeling te doen in het dossier²⁷. Ik verwacht op dit punt echter geen wezenlijk nieuwe ontwikkelingen in de bestaande jurisprudentie over de verdeling van de bewijslast.

Geschilleninstantie

In de huidige situatie is de klachtenopvang in de zorgsector geregeld in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). Bij de invoering van de Wcz vervalt de Wkcz. In het wetsvoorstel wordt in hoofdstuk 4 (art. 27-30) een nieuwe regeling voorgesteld voor de behandeling van klachten en geschillen. Zo schrijft art. 28 Wcz voor dat de zorgaanbieder een klachtenregeling treft die moet voldoen aan de in hetzelfde artikel genoemde eisen. Voor een toe-

lichting hierop verwijs ik naar de bijdrage van Kastelein in het TvGR²⁸.

In deze bijdrage beperk ik mij tot de verplichte aansluiting van de zorgaanbieder bij een geschilleninstantie en de bevoegdheden van deze instantie. Deze verplichte aansluiting volgt uit art. 29 Wcz. Dit artikel bepaalt ook dat de geschilleninstantie moet zijn ingesteld door een of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en een of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders. De geschilleninstantie is bevoegd een geschil over de zorgverlening te beoordelen indien (i) de zorgaanbieder geen klachtenregeling heeft, (ii) het oordeel op een klacht te lang op zich laat wachten, (iii) de cliënt een klacht in tweede aanleg wil laten beoordelen, (iv) in redelijkheid niet kan worden verlangd dat in de gegeven omstandigheden een klacht bij de zorgaanbieder wordt ingediend of (v) het geschil handelt over door de cliënt geleden schade. Opvallend is deze laatste bevoegdheid. De geschilleninstantie kan, zo volgt uit het tweede lid onder c, een vergoeding van geleden schade toekennen tot in ieder geval € 25.000. Om de zorgaanbieders, verzekeraars en geschilleninstantie in staat te stellen zich hierop voor te bereiden, is het bedrag vooralsnog beperkt tot € 10.000 (zie art. 90 Wcz). De wettekst lijkt ervan uit te gaan dat ook vorderingen die de € 25.000 overstijgen aan de geschilleninstantie kunnen worden voorgelegd, mits de door de geschilleninstantie opgestelde schriftelijke regeling in deze mogelijkheid voorziet. In de toelichting heeft de minister echter opgemerkt dat het in de rede ligt dat de geschilleninstantie de cliënt verwijst naar de civiele rechter indien de schadeclaim een hoger bedrag belooft dan € 25.000²⁹. In de toelichting bij de nota van wijziging spreekt de minister bovendien van een maximale vergoeding³⁰. Het komt mij dan ook voor dat de bevoegdheidsgrens van de geschilleninstantie bij € 25.000 ligt.

Indien de cliënt besluit zijn vordering voor te leggen aan de geschilleninstantie, brengt deze een bindend advies uit waaraan partijen zijn gebonden. Hoger beroep is niet mogelijk. Dit betekent ook dat de cliënt schade die boven de vastgestelde grens uitgaat, niet meer via de civiele rechter op de zorgaanbieder kan verhalen. Partijen kunnen het geschil dan nog wel aan de civiele rechter voorleggen, maar deze zal de uitspraak slechts marginaal toetsen. De civiele rechter vernietigt de beslissing alleen indien gebondenheid hieraan in verband met de inhoud of wijze van tot stand komen daarvan in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn (art. 7:904 BW).

Een cliënt die schade heeft opgelopen ten gevolge van de zorgverlening kan aldus kiezen aan welke instantie hij zijn vordering voorlegt: de civiele rechter (kantonrechter of rechtbank), de deelgeschillenrechter (indien sprake is van een deelgeschil) of de geschilleninstantie. De deelgeschilprocedure heeft bewezen een populaire route te zijn vanwege het aantrekkelijke kostenregime voor de patiënt en de korte termijn waarop wordt beslist. De praktijk zal moeten uitwijzen of van de geschillenregeling in de Wcz een vergelijkbare aantrekkingskracht uitgaat.

> Aansprakelijkheid van de zorgaanbieder

Zoals we hiervoor hebben gezien, geeft de Wcz de cliënt rechten ten opzichte van de zorgaanbieder. Deze rechten volgen primair uit de wet en kunnen rechtstreeks bij de zorgaanbieder worden afgedwongen. Dit betekent dat een vordering tot schadevergoeding via art. 6:162 BW bij de zorgaanbieder geldend kan worden gemaakt.

Deze bij de zorgaanbieder gecentraliseerde aansprakelijkheid staat los van de eventuele aansprakelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar op grond van een contract of onrechtmatige daad wegens een tekortkoming in de zorgverlener. Voor een dergelijke tekortkoming geldt op grond van art. 3 Wcz een medeaansprakelijkheid voor de zorgaanbieder. Deze medeaansprakelijkheid is uitgebreider dan de centrale aansprakelijkheid uit de WGBO. Zo doet – anders dan onder het regime van de WGBO – niet ter zake of de zorg wordt verleend op basis van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De medeaansprakelijkheid is ook van toepassing op bijvoorbeeld instellingen in de care sector, huisartsenposten en thuiszorginstellingen. Evenmin speelt in de Wcz een rol of de zorg wordt verleend binnen de muren van een instelling. Ook indien de zorgaanbieder zorg doet verlenen buiten de eigen muren is zij medeaansprakelijk voor een tekortkoming in die zorgverlening.

Samenvattend

Het voorgaande overziend, bevat de Wcz voor de aansprakelijkheidspraktijk de volgende relevante kenmerken:

- De huidige patiëntenrechten (in de Wcz cliëntenrechten genoemd) gaan gelden voor alle relaties in de zorg, mits sprake is van zorg zoals omschreven in de Zvw of de AWBZ of van overige handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Hierbij is de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd niet van belang;
- De Wcz kent aan de cliënt een eenduidig en afdwingbaar recht op goede zorg toe. Het recht op goede zorg wordt nader ingevuld door in het veld ontwikkelde of nog te ontwikkelen richtlijnen, protocollen en normen. Het recht op goede zorg komt grotendeels overeen met de in de huidige situatie geldende verplichtingen uit de WGBO, de Wet BIG en de KZI;
- De plichten van een hulpverlener worden rechten van de cliënt. Deze rechten volgen primair uit de wet en kunnen rechtstreeks bij de zorgaanbieder worden afgedwongen: bij een vordering tot nakoming via art. 3:296 BW en bij een vordering tot schadevergoeding via art. 6:162 BW;
- De centrale aansprakelijkheid uit de WGBO wordt uitgebreid. De in de Wcz geformuleerde medeaansprakelijkheid geldt ongeacht of sprake is van een overeenkomst. De medeaansprakelijkheid reikt bovendien tot buiten de muren van de instelling;
- Een cliënt kan een vordering tot vergoeding van schade tot een bedrag van € 25.000 voorleggen aan een externe geschilleninstantie. De geschilleninstantie doet uitspraak bij wege van een bindend advies; en
- De zorgplicht van het bestuur van de instelling wordt uitgebreid, onder meer met de verplichting voor het slui-

ten van een overeenkomst met een zorgverlener een antecedentenonderzoek te verrichten en een verklaring omtrent het gedrag te ontvangen.

¹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nrs. 1 en 2.

² Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 2.

³ *Vrijheid en verantwoordelijkheid*, Regeerakkoord VVD-CDA, p. 35, zie www.regering.nl.

⁴ Het huidige voorstel van wet is (inclusief de wijzingen die hebben plaatsgevonden sinds de indiening) te vinden op www.tweede-kamer.nl/kamerstukken/aanhangige_wetgeving/index.jsp onder documentnaam 32402.

⁵ Zie www.raadvanstate.nl/adviezen/actuele_adviezen/aanhangige_adviezen/.

⁶ In de toelichting wordt ook wel gesproken over een noodzakelijke 'paradigmashift'. Zie Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 2 t/m 4. Zie ook J.K.M. Gevers, 'De Wcz: achtergrond, opzet en reikwijdte', *TvGR* 2010, p. 591.

⁷ *TvGR* 2010, 8, p. 589-680.

⁸ Met 'andere diensten' wordt bedoeld op met zorg verband houdende verzorging, verpleging en vervoer zoals bedoeld in art. 10 Zvw.

⁹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 89.

¹⁰ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 88.

¹¹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 164.

¹² Tweede Kamer, 2010-2011, 32 402, nr. 7.

¹³ V.E.T. Dörenberg, "Bom onder de Wcz?", *TvGR* 2011-7, p. 543.

¹⁴ Tweede Kamer, 2010-2011, 32 402, nr. 6, p. 24-25.

¹⁵ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 89-94. Zie ook Grevers in het *TvGR* waarin hij opmerkt dat ondanks deze uitgebreide toelichting door de wetgever het begrip zorgaanbieder in de praktijk de nodige vragen kan oproepen (*TvGR* 2010, p. 589-596).

¹⁶ Tweede Kamer, 2007-2008, 31 467, nr. 1, brief d.d. 23 mei 2008.

¹⁷ Tweede Kamer, 32 402, nr. 3, p. 103.

¹⁸ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 39-40.

¹⁹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 103-104.

²⁰ Deze handreiking is te vinden op www.knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm.

²¹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 105.

²² J.G. Sijmons, "Goed bestuur en de organisatie van de zorginstelling", *TvGR* 2010, p. 632.

²³ Nota naar aanleiding van nader verslag, nog zonder nummer. Bijlage bij de brief van de minister van 22 maart 2012 (kenmerk MC-U-3105144).

²⁴ Onder incident wordt verstaan 'een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de cliënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog kan leiden'. Onder deze definitie vallen ook bijna-incidenten.

²⁵ A.C. Hendriks, "Van patiënten- naar cliëntenrechten: oude wijn in nieuwe zakken?", *TvGR* 2010, p. 609-611.

²⁶ Zie voor de recente ontwikkelingen in de rechtspraak op het gebied van informed consent: M.J.J. de Ridder, "Kroniek rechtspraak civiel recht", *TvGR* 2011, p.683-685.

²⁷ Tweede Kamer, 2010-2011, 32 402, nr. 7, p. 40.

²⁸ W.R. Kastelein, "Klachten- en geschillenbehandeling in de Wcz: van de drup in de regen oftewel het kind en het badwater", *TvGR* 2010, p. 616-623.

²⁹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 57.

³⁰ Tweede Kamer 2010-2011, 32 402, nr. 6, p. 58-59.