De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2006

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon
Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2006
ISBN : 90 5732 1777 7

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) *of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 06/12.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**5**
1	**Inleiding**	**9**
1.1	Aanleiding	9
1.2	Vragen	9
1.3	Inhoud en opzet van het advies	10
2	**De rechtspositie van de zorgconsument**	**13**
2.1	Belang van een sterke rechtspositie	13
2.2	Wettelijke regeling van patiëntenrechten	14
2.3	Conclusie en vooruitblik	19
3	**Het recht van de patiënt om keuzes te maken**	**20**
3.1	Het recht om te kiezen	20
3.2	Het recht op informatie	22
3.3	Bespreking en conclusies	25
4	**Recht van de patiënt op verantwoorde zorg**	**28**
4.1	Het recht op verantwoorde zorg	28
4.2	Wat is verantwoorde zorg?	28
4.3	Recht op tijdige zorg	30
4.4	Bespreking en conclusies	31
5	**Klachtrecht van de patiënt**	**32**
5.1	Klachten over de zorgverzekeraar	33
5.2	Klachten over zorgaanbieders	34
5.3	Bespreking en conclusies	35
6	**Een integrale zorgconsumentenwet als oplossing?**	**36**
6.1	Een (integrale) zorgconsumentenwet	36
6.2	Analyse en beoordeling	37
6.3	Conclusie	39
7	**Het alternatief van de raad**	**41**
7.1	Oplossen knelpunten en lacunes in bestaande wetgeving	41
7.2	Thematische evaluatie van patiëntenrechten	42
7.3	Een kennis- en adviescentrum patiëntenrechten	43

Bijlagen

1	Adviesaanvraag	47
2	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	48
3	Lijst van afkortingen	49
4	Literatuur	50
	Overzicht publicaties	

Kern van het advies

Welk probleem lost dit advies op?

Een aantal tekortkomingen in de rechtspositie van de individuele patiënt die hem beletten 'zorgconsument' te worden.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

De zorgconsument weet beter gebruik te maken van zijn rechten en wordt steeds meer een volwaardige partij op de zorg(verzekerings)markt.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

De zorgverlener wordt meer dan tevoren aangesproken op het leveren van goede zorg. Hij wordt ook meer dan tevoren beloond voor het leveren van kwaliteit.

Wat kost het?

Dat is afhankelijk van de uiteindelijke vormgeving en positionering van het kennis- en adviescentrum voor patiëntenrechten.

Wat is nieuw?

Een centrale plaats waar zorgconsumenten en andere belanghebbenden terecht kunnen met vragen over hun rechten.

Samenvatting

In het nieuwe zorgstelsel wordt veel verwacht van de (verzekerde) patiënt: hij moet een 'zorgconsument' worden, die op grond van vergelijkende informatie rationele keuzes maakt en daarmee zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars aanzet tot kwaliteitsverbetering. In wezen vormt hij de sleutel tot het welslagen van het nieuwe stelsel. De vraag is of dat een reële verwachting is en vooral of de patiënt voldoende is toegerust om die rol waar te maken.

De NPCF en verschillende kamerleden hebben daarover twijfels geuit; zij vinden dat de patient in het nieuwe zorgstelsel onvoldoende beschermd wordt. De rechten van patiënten zouden teveel versnipperd zijn, zodat onduidelijk is welke rechten geborgd zijn, in welke wet en in hoeverre deze wetten elkaar versterken of juist niet. Bovendien zouden nieuwe ontwikkelingen en inzichten nog niet vertaald zijn in wettelijke rechten en plichten.

De minister van VWS heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd of hij deze bezwaren deelt en als dit het geval is of hij vindt dat een zorgconsumentenwet een effectieve bijdrage kan leveren aan de versterking van de rechtspositie van de zorgconsument.

Vanwege het spoedeisende karakter van het advies heeft de raad zijn onderzoek toegespitst op de wijze waarop de rechten die voor de individuele patiënt in het bijzonder van belang zijn om zijn rol als zorgconsument waar te kunnen maken, wettelijk verankerd zijn. Het gaat dan om het recht om te kiezen, het recht op informatie, het recht op verantwoorde zorg en het klachtrecht van de patiënt.

Hoewel de rechtspositie van de individuele patiënt over het algemeen goed geregeld is, brengt het onderzoek van de raad een aantal tekortkomingen aan het licht. Dat geldt met name voor het recht op vergelijkende keuze-informatie, dat onvoldoende is geborgd. Weliswaar voorziet de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in deze lacune, maar de betreffende bepaling is ontoereikend. De patiënt kan er geen recht aan ontlenen op vergelijkende informatie over de kwaliteit en resultaten van zorg bij specifieke aandoeningen, terwijl deze informatie bij uitstek relevant is voor hem. Een ander probleem is de ontoegankelijkheid van de patiëntenrechten. Dit

wreekt zich vooral ten aanzien van het recht van de patiënt op verantwoorde zorg. Dat is ernstig, want zolang niet duidelijk of moeilijk te achterhalen is wat een patiënt in een concrete situatie van een zorgverlener of zorgverzekeraar mag verwachten, wordt niet alleen het onderhavige recht ondermijnd, maar ook het recht van de patiënt om keuzes te maken en om te klagen.

Een integrale zorgconsumentenwet is volgens de raad echter niet de geëigende oplossing voor de gesignaleerde problemen. Een dergelijke wet zou vele verschillende onderwerpen moeten regelen, die niet allemaal in eenzelfde juridisch kader passen. Dat zou betekenen dat zo'n wet een aparte plaats moet krijgen en daarmee wordt de aansluiting met het Burgerlijk Wetboek (BW) moeizaam. In het BW is een evenwicht gevonden tussen regelingen waarin de contractvrijheid centraal staat en regelingen waarin de bescherming van een zwakke partij (consument, huurder, werknemer en patiënt) voorop staat. Het uit het BW lichten van de regeling waarin de patiënt beschermd wordt zal zijn positie dan ook eerder verzwakken dan versterken.

Wat minstens zo belangrijk is: een integrale zorgconsumentenwet voegt niets toe aan de rechtspositie van de patiënt en draagt niet bij aan de toegankelijkheid van de patiëntenrechten. De wetgever kan namelijk niet volstaan met uitsluitend de formulering van rechten, zonder tevens aan te geven welke condities daarvoor gelden. Laat de wetgever dit na dan zou de wettelijke regeling misleidend zijn. Bovendien is het niet reëel te veronderstellen dat alle rechten van patiënten uit en te na in de wet zelf neergelegd kunnen worden. Te gedetailleerde regelgeving kan verstarrend werken. Het gebruik van globale regels met open normen maakt het beter mogelijk rekening te houden met de complexiteit van de dagelijkse praktijk en doet recht aan de verantwoordelijkheid en deskundigheid van medische beroepsbeoefenaren. Consequentie is wel dat nadere invulling van wettelijke regels op andere niveaus plaatsvindt. Een patiëntenwet kan dan ook nimmer 'alomvattend' zijn.

De raad stelt daarom een andere oplossing voor:

1. Het oplossen van knelpunten en lacunes door bestaande wetgeving aan te passen;
2. Het verhogen van de toegankelijkheid van patiëntenrechten door:

   Het bewerkstelligen van thematische evaluatie(s) van patientenrechten, waarmee de samenhang en consistentie van

de verschillende wettelijke regelingen kan worden verbeterd en beter kan worden aangesloten bij problemen die patiënten in de praktijk ondervinden bij het gebruik maken van een bepaald recht;

Het instellen van een laagdrempelig kennis- en adviescentrum, dat als voornaamste taak heeft de informatie over patiëntenrechten bijeen te brengen en te ontsluiten voor belanghebbenden. Daarvan afgeleide taken zijn: vraagbaak voor patiënten en andere belanghebbenden; wegwijzer voor het klachtrecht; monitoren hoe het is gesteld met de (implementatie van) patiëntenrechten, daarover rapporteren en suggesties aandragen voor verbetering en voor thematische evaluatie van patiëntenrechten.

Het gaat hier om publieke taken die bij voorkeur worden toebedeeld aan een bestaande organisatie, waar de benodigde deskundigheid en infrastructuur (ten dele) al aanwezig is en waarop gemakkelijk kan worden aangesloten. De raad beveelt aan een kwartiermaker te benoemen die de opdracht krijgt het beoogde kennis- en adviescentrum op te zetten.

De raad meent dat de voorgestelde oplossingen een wezenlijke bijdrage kunnen leveren aan de verdere ontwikkeling van de patiënt tot zorgconsument.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Volgens de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) wordt de patiënt in het nieuwe zorgstelsel onvoldoende beschermd. De rechten van patiënten/consumenten zijn teveel versnipperd, zodat onduidelijk is welke rechten van patiënten geborgd zijn, in welke wet en in hoeverre deze wetten elkaar versterken of juist niet. Bovendien zijn nieuwe ontwikkelingen en inzichten nog niet vertaald in wettelijke rechten en plichten. Daarom dringt de NPCF sinds enige tijd aan op een 'zorgconsumentenwet', die samenhang aanbrengt tussen de bestaande wetten en de leemtes opvult die zijn ontstaan door de nieuwe verhoudingen in de gezondheidszorg. Wil de patiënt echt invloed krijgen op zijn zorg en de rol kunnen vervullen die van hem wordt verwacht in de nieuwe constellatie, dan moet hij in de ogen van de NPCF als individuele zorgconsument en als collectief een stevige juridische basis hebben in één zorgconsumentenwet. De NPCF ziet dit als een minimumvoorwaarde voor patiënten/cliënten om zich als volwaardige partij, naast zorgverzekeraars en zorgaanbieders, op de zorgmarkt te kunnen positioneren.

Tijdens de parlementaire behandeling van zowel de Zorgverzekeringswet als de Wet marktordening gezondheidszorg is door een aantal kamerleden bij de minister van VWS aangedrongen op het in voorbereiding nemen van een wetsvoorstel voor een (integrale) zorgconsumentenwet. De minister heeft hierop de kamers geïnformeerd dat hij behoefte heeft aan een nadere analyse alvorens een standpunt in te nemen. Daartoe maakt hij gebruik van het jaarlijks onderzoek van de IGZ naar de Staat van de Gezondheidszorg, dat dit jaar gewijd is aan de patiëntenrechten. Daarnaast heeft hij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) om een advies over dit onderwerp gevraagd.

Dit advies ligt thans voor u.

1.2 Vragen

De minister vraagt de RVZ in zijn advies de volgende vragen te beantwoorden:

1. Hoe is de rechtspositie van de patiënt thans geregeld?

2. Op welke punten is versterking van deze rechtspositie noodzakelijk, gegeven de nieuwe constellatie in de gezondheidszorg?

   Bij de beantwoording van deze vraag dient specifiek aandacht te worden geschonken aan de volgende onderwerpen:
   a. toegang tot keuze-informatie over het zorgaanbod,
   b. keuze van zorgaanbieder en zorgverlener,
   c. de kwaliteit van de zorg en de vraag wie daarop voor de zorgconsument aanspreekbaar is,
   d. ketenzorg,
   e. de overeenkomst tussen zorgverlener en zorgconsument, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg, en de vraag of het wenselijk is een dergelijke overeenkomst nader in te vullen met tweezijdige algemene voorwaarden,
   f. de beschikkingsmogelijkheid van de zorgconsument over de over hem vastgelegde medische informatie,
   g. diversiteit aan wegen in de gezondheidszorg (waaronder het tuchtrecht) langs welke consumenten kunnen klagen en hun recht kunnen halen,
   h. de vraag welke rol de Nederlandse Zorgautoriteit dient te spelen inzake klachten van zorgconsumenten,
   i. de positie van collectieven van zorgconsumenten, onder meer als 'derde partij' in relatie tot zorgverzekeraars en aanbieders.

3. Kan een integrale zorgconsumentenwet een effectieve bijdrage leveren aan de versterking van de rechtspositie van de zorgconsument; wat zijn de voor- en nadelen van een dergelijke wet?
4. Als het oordeel over een zorgconsumentenwet positief uitvalt wat zijn dan de contouren die een dergelijke wet moet krijgen?
5. Als het oordeel over een zorgconsumentwet negatief uitvalt, zijn er dan andere effectieve manieren om de positie van de patiënt te versterken?

1.3 Inhoud en opzet van het advies

De raad acht het onderwerp waarover advies is gevraagd van groot belang, gegeven de ingrijpende stelselherziening in de gezondheidszorg die met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in januari 2006 is ingezet. In de nieuwe con-

stellatie van de gezondheidszorg wordt veel verwacht van de (verzekerde) patiënt: hij moet een 'zorgconsument' worden, die op grond van vergelijkende informatie rationele keuzes maakt en aldus zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars aanspoort tot kwaliteitsverbetering. In wezen vormt hij de sleutel tot het welslagen van het nieuwe stelsel. Dat geeft te denken: is het een reële verwachting? Meer in concreto: is hij voldoende toegerust om die rol waar te maken?

Dit neemt niet weg dat de raad zich in zijn advies zal moeten beperken. De relatief korte termijn waarop de raad gevraagd is zijn advies te geven vergt een scherpe afbakening van wat wel en wat niet verantwoord kan worden behandeld.

De focus van het advies is de rechtspositie van de *individuele patiënt*, en dan vooral de rechten van de patiënt die in het bijzonder van belang zijn om zijn rol als *zorgconsument* in het nieuwe stelsel waar te kunnen maken.

Deze focus heeft de volgende consequenties:
- Hoewel ook de plichten van een persoon onderdeel uitmaken van diens rechtspositie, komen deze in dit advies niet aan de orde. De raad besteedt in zijn binnenkort uit te brengen signalement over goed patiëntschap uitvoerig aandacht aan dit aspect.
- Ondanks het gegeven dat het optreden als collectief bij uitstek een beproefd middel is om de positie ten opzichte van andere (markt)partijen te versterken, zal in dit advies niet worden ingegaan op de (rechts)positie van collectieven van zorgconsumenten. De vragen 2e en 2i vallen daarmee buiten het bestek van dit advies.
- Evenmin wordt vraag 2f behandeld. De vraag naar beschikkingsmogelijkheden van de patiënt over de informatie die over hem is vastgelegd is van een andere orde: het gaat daarbij in wezen over de 'eigendom' van informatie. Aan dit vraagstuk kleven meer aspecten dan op het eerste gezicht lijkt. Het voert in het kader van dit adviestraject te ver om hierop in te gaan.

Daarnaast is gebruik gemaakt van het onderzoek dat de IGZ onlangs heeft laten uitvoeren in het kader van de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2006. Daar waar de IGZ in zijn rapport de nadruk legt op de uitwerking van de rechten van de patiënt in de relatie met de zorgverlener, ligt het accent in het onderhavige advies op de rechtspositie van de individuele patiënt ten opzichte van de (beide) andere partijen, zorgaan-

bieder en zorgverzekeraar. De raad heeft hiertoe onderzoek laten verrichten door Prof. Mr. G.R.J. de Groot en Prof. Mr. B. Sluiters.

Het advies heeft de volgende opzet:
In *hoofdstuk 2* zet de raad allereerst uiteen waarom een sterke rechtspositie van de patiënt belangrijk is, in het bijzonder gegeven de nieuwe verhoudingen in de gezondheidszorg. Vervolgens geeft de raad in dit hoofdstuk een typering van het wettelijke systeem van patiëntenrechten op hoofdlijnen.

In de *hoofdstukken 3, 4 en 5* houdt de raad de rechten die wezenlijk zijn om van patiënt zorgconsument te worden tegen het licht: respectievelijk het recht van de patiënt om keuzes te maken (inclusief het recht op informatie), het recht van de patiënt op verantwoorde zorg en het klachtrecht van de patient. Daarbij wordt tevens aandacht besteed aan knelpunten, problemen en/of lacunes in de betreffende wettelijke regeling(en). Hiermee beantwoordt de raad de eerste en tweede adviesvraag.

In *hoofdstuk 6* onderzoekt de raad of een integrale zorgconsumentenwet een toereikende oplossing biedt voor de gesignaleerde problemen. De raad analyseert daartoe de voor- en nadelen van een dergelijke wet. Daarmee geeft de raad antwoord op de derde en (impliciet ook op de) vierde adviesvraag.

De raad presenteert in *hoofdstuk 7* zijn alternatief en beantwoordt daarmee de vijfde en laatste adviesvraag.

2 De rechtspositie van de zorgconsument

2.1 Belang van een sterke rechtspositie

De raad vindt dat de NPCF terecht de vraag opwerpt of de wettelijke regeling van patiëntenrechten in het nieuwe zorgstelsel wel toereikend is.

Met de stelselherziening is het sturingsconcept voor de zorg ingrijpend veranderd. De van overheidswege gereguleerde gezondheidszorg is vervangen door een stelsel van vraaggestuurde zorg binnen een marktgeoriënteerde context. Marktwerking en in het bijzonder concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, moeten bevorderen dat de zorg doelmatig wordt verleend en dat de zorgverlening beter wordt afgestemd op de vraag van de patiënt.

Het nieuwe stelsel moet grofweg als volgt werken: Nederlandse ingezetenen hebben de mogelijkheid om zelf een zorgverzekeraar te kiezen. Dit zet zorgverzekeraars ertoe aan om in onderlinge concurrentie op te treden als de belangenbehartigers voor hun verzekerden. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid gekregen om selectief te contracteren. Daarmee kunnen zij ten behoeve van hun verzekerden de zorg inkopen die de beste prijs- en kwaliteitsverhouding levert. Op die manier stimuleren zij zorgaanbieders om zorg van hoge kwaliteit tegen een redelijke prijs aan te bieden.

Het stelsel is met andere woorden gebouwd op een mechanisme van countervailing powers: doordat verzekerden met de voeten kunnen stemmen houden zij de zorgverzekeraars scherp en doordat de zorgverzekeraars selectief kunnen contracteren houden zij op hun beurt de zorgaanbieders scherp.

Dat klinkt mooi, maar de vraag is of het ook daadwerkelijk zo zal werken. Zo is vooral onzeker of de zorgverzekeraar inderdaad de rol van belangenbehartiger van *de patiënt* zal (kunnen) vervullen. Vooralsnog wijst de praktijk uit dat zorgverzekeraars niet selectief contracteren. Bovendien kan de zorgverzekeraar er ook voor kiezen om (uitsluitend) restitutiepolissen aan te bieden. Wezenlijker nog is het gegeven dat de meeste verzekerden geen patiënt zijn. De belangen van verzekerden en verzekerde patiënten lopen niet - of niet per definitie - parallel.

Zo zal de verzekerde meer belang hechten aan de hoogte van de premie die hij moet betalen, terwijl de verzekerde patiënt het meest hecht aan de kwaliteit van de zorg. Dus als de zorgverzekeraar al als belangenbehartiger optreedt, is het zeer de vraag voor wie: voor de verzekerde of voor de verzekerde patiënt?

Als de verzekeraar niet de belangen behartigt van de patiënt, wie dan wel? Hier komt de rechtspositie van de patiënt nadrukkelijk in het vizier. Naarmate zijn rechtspositie sterker is, is de patiënt minder afhankelijk van de vraag of een andere partij bereid en in staat is zijn belangen te behartigen. Een sterke rechtspositie compenseert met andere woorden de zwakke uitgangspositie die de patiënt heeft ten opzichte van de andere, beroeps- of bedrijfsmatig handelende, partijen op de gezondheidszorgmarkt(en).

Een sterke rechtspositie van de patiënt is dus belangrijk, zeker gegeven de nieuwe verhoudingen in de gezondheidszorg en de onzekerheid over de werking van het mechanisme waarop het stelsel is gebouwd. Er is dan ook alle aanleiding na te gaan hoe het is gesteld met die rechtspositie.

2.2 Wettelijke regeling van patiëntenrechten

Het wettelijk 'stelsel' van patiëntenrechten heeft een aantal algemene kenmerken, met daaraan verbonden consequenties. Deze zijn op hoofdlijnen als volgt.

Versnipperde en afgeleide (indirecte) rechten …
Rechten van patiënten zijn in de Nederlandse wetgeving in vele wettelijke regelingen neergelegd. Om enig overzicht te verkrijgen kan de volgende ordening behulpzaam zijn:

wetgeving die beoogt rechten van *burgers* te regelen. (algemene regelingen, die niet specifiek voor de gezondheidszorg zijn ontwikkeld)	voorbeelden Wet bescherming persoonsgegevens Burgerlijk Wetboek
wetgeving die beoogt de *algemene rechten* van de *patiënt* te regelen, zoals het recht op informatie, toestemmingsvereiste, rechten m.b.t. het dos-	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst Wet klachtrecht cliënten zorgsector Wet medezeggenschap cliënten zorg-

sier, etc	instellingen
Wetgeving die beoogt de rechten van patiënten in *bijzondere situaties* te regelen	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen Wet op het mentorschap Wet op het bevolkingsonderzoek Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen Wet op de orgaandonatie Wet op de medische keuringen Infectieziektewet Wet afbreking zwangerschap Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
Wetgeving inzake de kwaliteit van zorg	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg Kwaliteitswet zorginstellingen Wet op de geneesmiddelenvoorziening Wet inzake bloedvoorziening Wet medische hulpmiddelen
Wetgeving inzake het stelsel van zorg	Zorgverzekeringswet c.a. AWBZ c.a. Wet op de zorgtoeslag Wet marktordening gezondheidszorg Wet toelating zorginstellingen
Internationale regelingen	Voorbeelden: Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten Verdrag inzake de mensenrechten en de biogeneeskunde

Ontleend aan: J. Legemaate, Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak, achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2006 (IGZ).

In deze regelingen nemen de rechten van de patiënt een meer of minder belangrijke plaats in, naast tal van andere onderwerpen.

Patiëntenrechten komen bovendien op verschillende manieren aan de orde, niet alleen in de vorm van regels die direct op de patiënt zelf betrekking hebben, maar ook in de vorm van criteria voor het handelen van hulpverleners of andere betrokkenen. Uit deze normeringen vloeien evenzeer rechten van de patiënt voort.

... onduidelijke samenhang en gebrek aan consistentie
Consequentie van dit kenmerk is wel, dat in bepaalde gevallen pas een volledig beeld van de rechtspositie van de patiënt verkregen kan worden door diverse wettelijke regelingen in samenhang met elkaar te bezien. Dit is aan de orde in verhoudingen waarin er naast elkaar een algemene en een bijzondere wettelijke regeling van kracht zijn. De bijzondere wet regelt veelal zaken die in de algemene wet niet aan de orde komen of geeft aan bepaalde onderdelen uit de algemene wet een meer specifieke invulling. De hoofdregel is dat de bijzondere regeling voor gaat. Voor aangelegenheden die in de bijzondere regeling niet aan de orde komen maar in de algemene wel, moet dan te rade worden gegaan bij de algemene regeling. Welke rechten een patiënt precies heeft is hierdoor – zeker voor niet-juristen – vaak onduidelijk.

Zo is het uitgangspunt van de Wet Bopz dat ook een onvrijwillig opgenomen patiënt moet instemmen met een behandelingsplan. Toestemming veronderstelt informatie. De Wet Bopz regelt wel het toestemmingsvereiste, maar niet het recht van de patiënt op informatie. Daarvoor moet worden teruggevallen op de informatiebepaling in de Wgbo.

Daar komt nog bij dat niet altijd duidelijk is wat precies de reikwijdte is van een wettelijke regeling, met andere woorden wat wel onder de wet valt en wat niet. Voorbeeld bij uitstek hiervan is het gegeven dat de Wgbo van toepassing is op 'geneeskundige handelingen'. Hierdoor bestaat onduidelijkheid over de vraag of de wet al dan niet van toepassing is in zorgsituaties waarin niet het behandelen van patiënten op de voorgrond staat, maar veeleer het verzorgen en begeleiden.

Het gegeven dat de rechtspositie van patiënten in verschillende wettelijke regelingen is geregeld, kan bovendien met zich mee

brengen dat tussen met elkaar samenhangende regelingen (onverklaarbare) verschillen of inconsistenties bestaan.

Zo bepaalt de Wbp in het eerste lid van artikel 10 dat persoonsgegevens niet langer worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkene te identificeren, dan noodzakelijk is voor de verwerkelijking van de doeleinden waarvoor zij worden verzameld of vervolgens worden verwerkt. De Wgbo daarentegen bepaalt dat de hulpverlener het medisch dossier gedurende vijftien jaren bewaart (te rekenen vanaf het tijdstip waarop het is aangelegd), of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Globale wettelijke regels…
Een tweede kenmerk is dat de genoemde wettelijke regelingen qua inhoud, opzet en mate van detaillering sterk uiteen lopen. Zo zijn situaties waarin inbreuk wordt gemaakt op de persoonlijke levenssfeer van patiënten zeer precies in de wet vastgelegd (zoals: dwangopneming in de Wet bopz, orgaanuitname in de Wet op de orgaandonatie), terwijl in andere gevallen de complexiteit en veelvormigheid van de dagelijkse praktijk juist niet toestaan dat de wetgever gedetailleerde regels stelt (zoals met betrekking tot het recht van de patiënt op informatie in de Wgbo). Dit laatste geldt ook als het gaat om aangelegenheden die buiten de verantwoordelijkheid en deskundigheid van de wetgever vallen (zoals het concretiseren van het vereiste van 'verantwoorde zorg' in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG.

De (veelal weloverwogen en soms onvermijdelijke) keuze voor globale wettelijke regels brengt met zich mee dat cruciale wettelijke begrippen en regels op andere niveaus nader worden uitgewerkt, bijvoorbeeld door middel van richtlijnen en gedragsregels.
Zo bepaalt de Wgbo (artikel 7:453 BW) dat 'de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij in overeenstemming moet handelen met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'. Wat in concreto zorg van een goed hulpverlener en de professionele standaard zijn, ligt niet wettelijk vast, maar is onder meer in richtlijnen en gedragsregels van de beroepsbeoefenaren zelf omschreven.

Ook de rechter speelt in het Nederlandse systeem een grote rol bij het verduidelijken en uitwerken van globale wettelijke bepa-

lingen. Wettelijke regelingen moeten dan ook gezien en beoordeeld worden in relatie tot de rechtspraak.
Een voorbeeld is de informatieplicht van de hulpverlener en het daaruit af te leiden recht op informatie van de patiënt. De Wgbo beschrijft deze plicht in zeer algemene bewoordingen. In de rechtspraak is deze plicht verder uitgewerkt én aangevuld. Zo heeft de rechter hieraan de norm toegevoegd dat de hulpverlener (in elk geval bij ingrijpende verrichtingen) dient te controleren of de patiënt de informatie ook werkelijk begrepen heeft.

... de wet is niet de enige bron van (patiënten)recht
De keuze voor globale wettelijke regels brengt het risico met zich mee dat noodzakelijke nadere invulling van cruciale wettelijke begrippen en regels ontbreekt. Want hoewel die nadere invulling met betrekking tot tal van onderwerpen is gegeven, gebeurt dit niet systematisch.
Het feit dat de wet niet de enige bron is van patiëntenrecht heeft nog een andere kant: hoe kan de patiënt op de hoogte zijn of raken van deze nadere invulling in bronnen als de jurisprudentie en richtlijnen?

Wetgeving is geënt op bestaande situaties....
Als een wettelijke regeling wordt opgesteld heeft de wetgever vaak een beeld voor ogen, dat wordt bepaald door de op dat moment bestaande situatie in de gezondheidszorg. De wet wordt dan op die situatie afgestemd.

... dus onduidelijkheid over nieuwe ontwikkelingen
Daarmee is niet gezegd dat de wet betekenis verliest als nieuwe ontwikkelingen de bestaande situatie wijzigen, maar wel dat niet altijd duidelijk is wat de precieze relevantie is van de bestaande wettelijke bepalingen. Een voorbeeld hiervan is ketenzorg. De patiënt kan daarbij te maken krijgen met verschillende wettelijke klachtencommissies, die immers gekoppeld zijn aan het type zorgaanbieder. Soms is echter niet duidelijk op welke persoon (c.q. hulpverlener) de klacht betrekking heeft.

2.3 Conclusie en vooruitblik

Een sterke rechtspositie van de patiënt is belangrijk, zeker ook in het nieuwe zorgstelsel. Het algemene beeld is dat de rechten van de patiënt moeilijk toegankelijk zijn. Dat kan zijn rechtspositie ondermijnen, immers: wie zijn rechten niet kent, kan er ook geen gebruik van maken.

Maar hoe is het in concreto gesteld met de rechten van de patiënt die bij uitstek relevant zijn voor zijn functioneren als zorgconsument? Daarover gaan de volgende hoofdstukken. Het gaat dan om de volgende (clusters van) rechten: het recht van de patiënt om keuzes te maken, het recht op verantwoorde zorg en het recht om te klagen.

3 Het recht van de patiënt om keuzes te maken

De zorgconsument, die weloverwogen kiest, vormt de sleutel tot het welslagen van het nieuwe zorgstelsel. Dat stelt hoge eisen aan het recht van de patiënt om te kiezen. En aan het recht op informatie. Immers, zonder deugdelijke informatie is ieder recht om te kiezen zonder betekenis. Het recht om keuzes te maken omvat dus tevens het recht op informatie. Hoe is het hier anno 2006 mee gesteld?

3.1 Het recht om te kiezen

Voor de patiënt zijn tenminste drie verschillende keuzemogelijkheden van belang: het kiezen van een zorgverzekeraar, het kiezen van een zorgaanbieder en het kiezen voor (en instemmen met) een onderzoek of een behandeling.

Het kiezen van een zorgverzekeraar
De Zvw biedt de burger het recht om zelf te kiezen met welke zorgverzekeraar hij een zorgverzekering sluit; voor zorgverzekeraars geldt namelijk een acceptatieplicht voor het wettelijk geregelde basispakket. Ook waarborgt deze wet het recht van de verzekerde om tenminste éénmaal per jaar van verzekeraar te veranderen. Dat recht heeft de verzekerde ook als tussentijds de polisvoorwaarden in zijn nadeel worden gewijzigd.

Voor de AWBZ geldt dat personen die in Nederland wonen van rechtswege verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar met wie zij een zorgverzekeringsovereenkomst hebben gesloten; de AWBZ-verzekering volgt als het ware de zorgverzekering. Het kunnen veranderen van verzekeraar is wat de AWBZ betreft zonder belang, aangezien de AWBZ voor alle verzekeraars gezamenlijk wordt uitgevoerd door de regionale zorgkantoren.

… en van een verzekeringsmodel
De consument heeft wat de zorgverzekering betreft niet alleen het recht te kiezen voor een zorgverzekeraar, maar ook voor een verzekeringsmodel (uiteraard mits aangeboden, hetgeen tot de vrijheid van bedrijfsuitoefening van de zorgverzekeraar behoort). In tegenstelling tot het *restitutiemodel* verplicht het

naturamodel de verzekeraar tot het leveren van zorg. De consument heeft daarmee zelf in de hand in hoeverre hij een afdwingbaar recht heeft op zorg.

In de AWBZ heeft de verzekerde niet de keuze uit verschillende verzekeringsmodellen; deze wet wordt uitgevoerd als naturaverzekering. Daarmee staat overigens vast dat de verzekerde aan de AWBZ een recht op zorg kan ontlenen.

Het kiezen van een zorgaanbieder
Het recht om zich te wenden tot een zorgaanbieder van eigen keuze is afhankelijk van het verzekeringsmodel waarvoor een verzekerde heeft gekozen. In de restitutieverzekering zonder gecontracteerde zorgaanbieders is de verzekerde vrij in zijn keuze; in de naturaverzekering is die keuze in beginsel beperkt tot de door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieders.

Overigens waarborgt de Zvw het recht van de verzekerde om zich ook in dat geval tot andere, niet gecontracteerde zorgaanbieders te wenden, met dien verstande dat de zorgverzekeraar dan een korting op de vergoeding van kosten kan toepassen. Een probleem dat zich hierbij voordoet is dat de Zvw niet duidelijk maakt hoe hoog de korting mag zijn; de toelichting op de wet bepaalt slechts dat de korting niet zo hoog mag zijn dat deze voor de verzekerde een belemmering vormt om zich tot niet-gecontracteerde zorgaanbieders te wenden. Evenmin is vastgelegd onder welke omstandigheden het onredelijk is de korting toe te passen. De rechten van de patiënt zijn op dit punt (te veel) voor discussie vatbaar.

Voor de AWBZ geldt dat de verzekerde zelf kan kiezen tot welke zorgaanbieder hij zich wendt, maar dan wel binnen de kring van degenen met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. Sinds het vervallen van de contracteerplicht voor extramurale zorg kan het voorkomen dat in een regio bepaalde zorgaanbieders niet meer toegankelijk zijn voor verzekerden. De AWBZ geeft verzekerden niet het recht om zich tegen gedeeltelijke vergoeding van kosten tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. De verzekerde kan daarvoor wel toestemming vragen aan zijn zorgverzekeraar, maar deze is niet verplicht toestemming te verlenen.

Het kiezen voor (en instemmen met) een onderzoek of een behandeling
In beginsel is de patiënt juridisch gezien geheel vrij al dan niet in te gaan op een aanbod van de zorgverlener en daarmee te

kiezen voor onderzoek en behandeling. Deze vrijheid omvat tevens het recht van de patiënt om op elk door hem gekozen moment de behandelingsovereenkomst te beëindigen. Een uitzondering geldt voor de wettelijk voorbehouden mogelijkheid van gedwongen opname (en wellicht op termijn ook gedwongen behandeling). De Wet Bopz biedt voldoende (publiekrechtelijke) waarborgen dat inbreuken op dit 'vrijheidsrecht' niet lichtvaardig plaats vinden.

3.2 Het recht op informatie

Bij het recht op informatie moet onderscheid worden gemaakt tussen informatie over het aanbod aan zorgverzekeringen, over de verzekerde prestaties, over het zorgaanbod en informatie over onderzoek en behandeling.

Het recht op informatie over het zorgverzekeringsaanbod
De zorgverzekeraar moet op grond van de Zvw alle varianten van de zorgverzekering in de vorm van modelovereenkomsten ter beschikking stellen aan degenen die overwegen een zorgverzekering te sluiten. Daarnaast is een verzekeraar op grond van de Wet financiële dienstverlening (Wfd) verplicht om voor de totstandkoming van een verzekeringsovereenkomst de consument informatie te verstrekken voor zover dit redelijkerwijs relevant is voor een adequate beoordeling van dat product.

Als eenmaal een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen, is de zorgverzekeraar verplicht de verzekerde telkens voor een nieuw kalenderjaar een zorgpolis toe te zenden en verzekerden in kennis te stellen van wijzigingen die in de loop van het jaar optreden.

In de AWBZ is niet voorzien in keuze-informatie vooraf, hetgeen begrijpelijk is, omdat er geen keuze is.

Informatie over verzekerde prestaties
De verplichting van zorgverzekeraars om verzekerden over de inhoud van de verzekering te informeren staat dus vast en daarmee ook het recht van verzekerden op die informatie. Sommige elementen in de zorgverzekering zijn echter uit hun aard moeilijk toegankelijk. Dat geldt bij uitstek voor het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', aan de hand waarvan wordt bepaald welke prestaties precies verzekerd zijn. Dit

is een dynamisch criterium, waardoor de omvang van de verzekerde zorg kan meegroeien met de ontwikkelingen in de medische wetenschap. Gevolg daarvan is wel dat het voor een verzekerde moeilijk is op voorhand te weten waarop hij in een concrete situatie recht heeft. Heeft hij bijvoorbeeld recht op geavanceerde methoden van onderzoek of behandeling, of op een behandelingsmethode die alleen nog maar in het buitenland wordt toegepast?

Ook voor dit onderdeel van de zorgverzekering geldt dat de zorgverzekeraar desgevraagd de verzekerde moet inlichten. Maar ook de verzekeraar zal dat vaak niet precies weten. Het is immers een criterium dat invulling krijgt in de wetenschap en in de praktijk van de medische beroepsbeoefenaren. De verzekeraar kan over de precieze inhoud van de verzekerde prestaties overigens advies vragen aan het CVZ. Het CVZ kan zijn kennis hierover ook rechtstreeks ter beschikking stellen aan zorgconsumenten en hun organisaties. Een aanpassing van de wet is daarvoor niet nodig; het past in zijn wettelijke taak.

In de AWBZ is geen afzonderlijke regeling getroffen voor verstrekking van informatie over verzekerde prestaties. Maar aangezien uitvoeringsorganen van de AWBZ worden aangemerkt als 'bestuursorganen' in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), zijn zij verplicht om uit eigen beweging informatie te verstrekken. Die informatieplicht strekt zich stellig uit tot de inhoud van de verzekerde prestaties.

Informatie over het zorgaanbod

In de zorgverzekering heeft de verzekeraar tot op zekere hoogte de verplichting de consument informatie te verstrekken over de zorgaanbieders die de verzekerde zorg kunnen verlenen. In zorgverzekeringen met gecontracteerde aanbieders zal de verzekeraar de verzekerden moeten informeren wie de gecontracteerde aanbieders zijn. Ook de 'zorgplicht' die ingevolge de Zvw op de verzekeraar rust bij restitutiepolissen brengt die verplichting voor de verzekeraar met zich mee. De verzekeraar is op grond van die zorgplicht gehouden activiteiten te ontplooien, gericht op het verkrijgen van zorg. Daartoe behoort in ieder geval dat de verzekeraar de verzekerde desgevraagd informeert waar hij terecht kan om de verzekerde zorg te verkrijgen, alsmede bij welke zorgaanbieders korte of geen wachtlijsten bestaan.

Tot zover staat de verplichting van de zorgverzekeraar om de consument alle relevante informatie over het zorgaanbod te verstrekken vast. Het is echter de vraag of dat voldoende is.

Zoals bij de bespreking van het recht op informatie over verzekerde prestaties al naar voren kwam kan een verzekerde/patiënt behoefte hebben aan specifieke informatie over de beschikbaarheid van bepaalde verzekerde prestaties. Als voor een bepaald type aandoening in sommige ziekenhuizen een standaardbehandeling wordt toegepast, terwijl inmiddels een meer geavanceerde dan wel minder traumatische methode beschikbaar is (die al behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk en dus tot de verzekerde prestaties), dan heeft de verzekerde op die meer geavanceerde of minder traumatische methode recht en is het van belang te weten of die methode beschikbaar is bij de gecontracteerde aanbieders. Voor een patiënt met een rughernia bijvoorbeeld is het belangrijk te weten of de gecontracteerde aanbieders de traditionele open operatietechniek toepassen of (ook) de minder traumatische endoscopische techniek.

Maar er is meer: hoewel vaststaat dat de verzekerde ingevolge de Zvw steeds recht heeft op zorg die aan de minimumstandaard van verantwoorde zorg voldoet, is tevens onmiskenbaar dat tussen zorgaanbieders verschillen in kwaliteit bestaan, ook al is aan de minimumstandaard voldaan. Het ligt voor de hand dat een patiënt zal willen kiezen voor die instelling of arts die voor zijn soort aandoening 'de beste' zorg kan bieden. De Zvw voorziet niet in een recht op dergelijke informatie.

Hetzelfde geldt voor de AWBZ. Ook de AWBZ voorziet niet in een specifiek recht op informatie voor patiënten over zorgaanbieders en over verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders. De informatie die van belang is voor verzekerden, is hier nog ontoegankelijker dan in de curatieve sector.

Dit gegeven klemt temeer omdat degenen die aangewezen zijn op AWBZ-zorg doorgaans uiterst kwetsbare personen zijn, die lang niet altijd de kennis, vaardigheid en mondigheid hebben die nodig is om zelf keuzes te maken. Informatie alleen is dan niet voldoende, maar moet worden aangevuld met individuele ondersteuning. Het bieden van die ondersteuning ligt overigens in het verlengde van de naturaverplichting tot zorgverlening, die in het geldende stelsel al op de zorgverzekeraars rust.

Het recht op informatie over onderzoek en behandeling
Er is in deze situatie al een behandelingsovereenkomst tussen patiënt en hulpverlener, die beheerst wordt door de regels van de Wgbo. Daarin is het recht op informatie over onderzoek en behandeling in beginsel goed geregeld, hoewel er verbeteringen mogelijk zijn (met name het codificeren van relevante rechtspraak). Uit onderzoek naar de praktijk blijkt evenwel dat de naleving van de informatieverplichtingen die op grond van de wet gelden nogal eens tekort schiet. Zo worden patiënten vaak niet geïnformeerd over behandelalternatieven, terwijl dat op grond van de wet wel zou moeten.

Ook is gebleken dat mensen die in een zorginstelling wonen niet betrokken worden bij het vaststellen van zorgplannen en zorgovereenkomsten en derhalve onbekend zijn met het gegeven dat zij ook in die situatie keuzemogelijkheden hebben (Friele, 2006, in opdracht van de IGZ).

3.3 Bespreking en conclusies

Het recht van de patiënt om keuzes te maken is stevig verankerd in de wetgeving. Wel is duidelijk geworden dat de keuze voor een bepaald verzekeringsmodel verregaande consequenties heeft voor andere vitale rechten van de patiënt, met name het recht op zorg en het recht een zorgaanbieder te kiezen. Dit is juist ook een expliciete wens geweest van de wetgever bij de vormgeving van het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekeringen. Het is echter de vraag of de consument/patiënt zich hiervan ten volle bewust is.

Wat het recht van de patiënt op informatie betreft ontstaat een ander beeld. Op zichzelf is ruimschoots voorzien in de verplichting de zorgconsument informatie te verstrekken over het aanbod aan zorgverzekeringen. Dit levert wel een probleem op, namelijk dat het totale aanbod aan transparantie tekort schiet. Het is niet eenvoudig om de verschillen tussen verzekeringspolissen te overzien en op waarde te schatten; de verschillen kunnen immers legio zijn. Dit is een onvermijdelijk gevolg van de keuze voor een privaatrechtelijk vormgegeven zorgverzekeringsstelsel.

De informatieplicht van zorgverzekeraars strekt zich uit tot informatie over de verzekerde prestaties. Een probleem daarbij is dat het zowel voor patiënten als voor zorgverzekeraars vaak moeilijk te achterhalen is wat voor de behandeling van een bepaalde aandoening de stand van de wetenschap en praktijk

is. Het CVZ heeft hierover veel kennis, die het beschikbaar kan stellen aan belanghebbenden. Dat behoort ook tot zijn wettelijke taak.

De Zvw noch de AWBZ voorzien in een recht van de verzekerde op informatie over (verschillen in) de kwaliteit van zorgaanbieders. Dat is een ernstig gebrek, omdat deze informatie bij uitstek van belang is voor de patiënt en voor het functioneren van het zorgstelsel dat immers scharniert op het maken van keuzes door verzekerden/patiënten.

Weliswaar wordt er in de praktijk uiteenlopende informatie aangeboden, zowel door de overheid (bijv. www.kiesbeter.nl) als door private partijen (patiëntenorganisaties, consumentenbond, en bijv. www. independer.nl), maar dat gebeurt niet systematisch. Die informatie is bovendien gefragmenteerd en niet altijd even toegankelijk voor patiënten. Van een aantal bronnen is voorts niet duidelijk of de informatie objectief en betrouwbaar is.

Juist omdat het kunnen beschikken over vergelijkende keuzeinformatie essentieel is voor het goed kunnen functioneren van het nieuwe zorgstelsel, voorziet de Wmg, die op 1 oktober 2006 in werking is getreden, in deze lacune. Deze wet vormt het sluitstuk van de omslag naar het nieuwe sturingsconcept van gereguleerde marktwerking.

De Wmg legt zorgaanbieders en zorgverzekeraars de verplichting op 'informatie openbaar te maken over de *eigenschappen* van aangeboden prestaties en diensten op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn'. Deze informatie moet in ieder geval de tarieven respectievelijk premies én *de kwaliteit* van de aangeboden prestaties en diensten betreffen. De Nederlandse Zorgautoriteit, die krachtens deze wet is ingesteld, ziet toe op de naleving van deze verplichting en kan bovendien aanwijzingen geven. Ook kan de Zorgautoriteit zelf onderzoek doen naar de juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatieverstrekking door zorgaanbieders en zorgverzekeraars en deze informatie openbaar maken.

Op papier is hiermee het recht van de patiënt op 'vergelijkende keuze-informatie' geregeld, maar het is de vraag of deze bepaling toereikend is. Zij biedt recht op informatie over zorgaanbieders, maar biedt niet de vergelijking. Verder is de bepaling zeer algemeen geformuleerd. Zo kan een zorginstelling aan de

wet voldoen door informatie te verstrekken over algemene aspecten van de kwaliteit van de geboden diensten. Maar de bepaling verplicht niet tot het verstrekken van vergelijkende informatie over de kwaliteit en resultaten van zorg bij *specifieke* ziektebeelden. Juist die informatie is cruciaal voor de patiënt: wie biedt voor zijn soort aandoening de beste en meest efficiente zorg? (De Groot, 2006). Het is daarom van belang dat de NZa visie en beleid ontwikkelt over de eisen waaraan de te verstrekken informatie moet voldoen.

4 Recht van de patiënt op verantwoorde zorg

Het nieuwe stelsel beoogt nadrukkelijk concurrentie op prijs en kwaliteit te bewerkstelligen. Dat biedt kansen, maar houdt ook risico's in: zal concurrentie op de prijs niet ten koste gaan van de kwaliteit? Het is daarom van cruciaal belang dat wettelijk geborgd is dat een patiënt recht heeft op verantwoorde zorg.

4.1 Het recht op verantwoorde zorg

Verplichtingen tot het verlenen van zorg van goede kwaliteit rusten primair op zorgverleners en zorginstellingen. De zorgverlener is op grond van de geneeskundige behandelingsovereenkomst verplicht de zorg 'van een goed hulpverlener' te verlenen en in overeenstemming te handelen met de op hem rustende verantwoordelijkheid, welke voortvloeit uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. De patiënt kan hem dus aanspreken op (een gebrek in) de kwaliteit van de zorg. Datzelfde geldt voor de zorginstelling, die op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht is 'verantwoorde zorg' te leveren.

De wettelijke regels over de kwaliteit van zorg hebben voorts indirect betekenis voor de zorgverzekeraar. In het naturamodel is de zorgverzekeraar er tegenover de verzekerde verantwoordelijk voor dat de geleverde zorg voldoet aan de daaraan te stellen kwaliteitseisen. Schiet de zorg te kort dan is de naturaverzekeraar daarvoor in beginsel aansprakelijk. Dit ligt anders bij het restitutiemodel. Dan draagt de zorgverzekeraar geen eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg.

4.2 Wat is verantwoorde zorg?

De wettelijke regeling van de aansprakelijkheid voor kwaliteit van zorg is op de keper beschouwd helder. Daarmee staat ook vast dat een patiënt, zij het indirect, recht heeft op kwaliteit van zorg. Het probleem is veeleer dat niet duidelijk is wat daaronder mag/moet worden verstaan. Zo is voor patiënten

niet duidelijk welke aspecten er onder vallen (gaat het alleen om de zorgverlening sec of ook over de condities waaronder de zorg wordt verleend zoals de termijn waarbinnen geleverd moet worden?); evenmin is duidelijk of het gaat om een minimumnorm, die bovendien afhankelijk gesteld mag worden van overwegingen van financiële haalbaarheid dan wel of het een norm betreft waaraan de patiënt meer kan ontlenen (namelijk zorg van een goed hulpverlener, op basis van de professionele standaard)?

Een groot probleem is dan ook dat het voor een patiënt bijzonder moeilijk is te achterhalen wat verantwoorde zorg in een bepaalde situatie inhoudt. Wat mag de patiënt wel en niet verwachten?

Enkele voorbeelden:

- Er verschijnen steeds meer criteria waaraan de zorg minimaal moet voldoen. Deze criteria kunnen voortkomen uit opvattingen van de beroepsbeoefenaren zelf, uit afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, beleid van de Inspectie, of beleid van brancheorganisaties. Maar op welke normen kan een patiënt zich in concreto beroepen? Zo vonden enkele bewoners van een verpleeghuis dat de geboden zorg tekortschoot. Zij spanden een rechtszaak aan tegen het verpleeghuis, omdat zij van mening waren er recht op te hebben iedere dag te worden gedoucht, iedere dag 15 minuten buiten te kunnen wandelen en dat er permanent toezicht is op de huiskamers waar zij zich bevinden. Het verpleeghuis had deze elementen zelf vastgelegd als minimaal gewenste basiszorg, maar de rechter baseerde zich op de ondergrenzen voor verantwoorde zorg zoals die door de Inspectie waren gehanteerd tijdens een toetsing van de zorg in het betreffende verpleeghuis. Het rapport van de inspectie ging uit van indicatoren en normen die zijn opgesteld door koepelorganisaties en branchevereenigingen in de branche verpleeghuizen. De bewoners werden alleen in het gelijk gesteld voor zover het de eis van permanent toezicht op de huiskamers betrof (Weekers, 2005).

- Een patiënt die in een ziekenhuis verblijft, heeft op grond van de Zvw recht op een geneesmiddel als het gezien de stand van de wetenschap en praktijk als 'verantwoorde en adequate zorg' kan worden beschouwd. Het gebruik van Trastuzumab (merknaam Herceptin®) bij vrouwen met uitgezaaide borstkanker van een bepaald agressief type is

opgenomen in de Nederlandse richtlijnen voor behandeling. Het middel remt de groei van tumorcellen, geeft in combinatie met de reguliere chemotherapie een verlenging van het leven van 7 tot 8,5 maanden en het kan zelfs uitzaaiingen voorkomen. Toch is gebleken dat in 2004 slechts 40% van de vrouwen die volgens de Nederlandse richtlijnen met Herceptin behandeld zouden moeten worden, dit middel ook werkelijk heeft gekregen, terwijl er bovendien grote regionale verschillen zijn. Zo krijgt in Friesland naar schatting minder dan 10% van de patiënten met deze vorm van uitgezaaide borstkanker de behandeling die ze zouden moeten krijgen, terwijl dat percentage in Zeeland boven de 85% ligt (Borstkanker Vereniging Nederland). Als een patiënt geen kennis heeft kunnen nemen van de betreffende richtlijnen heeft ze kennelijk 'pech' als ze zich in Friesland tot een zorgaanbieder wendt.

Zolang niet duidelijk of moeilijk te achterhalen is wat verantwoorde zorg in concreto inhoudt, wordt niet alleen het onderhavige recht ondermijnd, maar ook het recht van de patiënt om keuzes te maken en om te klagen. Een patiënt kan immers een aanbod of een geleverde dienst niet beoordelen als het referentiekader daarvoor ontbreekt.

4.3 Recht op tijdige zorg

Eén van de aspecten van verantwoorde zorg is de termijn waarop de zorg geleverd wordt. Het belang van tijdige zorg wordt alom onderschreven en is evident. Desalniettemin gelden er uiteenlopende maatstaven, afhankelijk van het soort verzekering. In het naturamodel geldt dat de verzekeraar 'terstond' moet leveren zodra vaststaat dat een verzekerde op de betreffende zorg is aangewezen, zij het dat de verzekeraar enige tijd moet worden gelaten voor het leveren van de prestatie. Hij heeft echter niet het recht om de prestatie uit te stellen. Als een specifieke regeling is getroffen in de modelovereenkomst mag de zorgverzekeraar zelf de termijn regelen waarop zorg wordt verleend; zo wordt vaak verwezen naar 'maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid' of naar de zgn. Treeknormen. Voor de 'zorgplicht' in een restitutiepolis (activiteiten gericht op verkrijgen van zorg) geldt geen bepaling die als maatstaf kan dienen; de verzekeraar kan dat dus zelf bepalen. Voor de AWBZ geldt de hoofdregel van het burgerlijk recht, namelijk dat 'terstond' nakoming kan worden verlangd.

4.4 Bespreking en conclusies

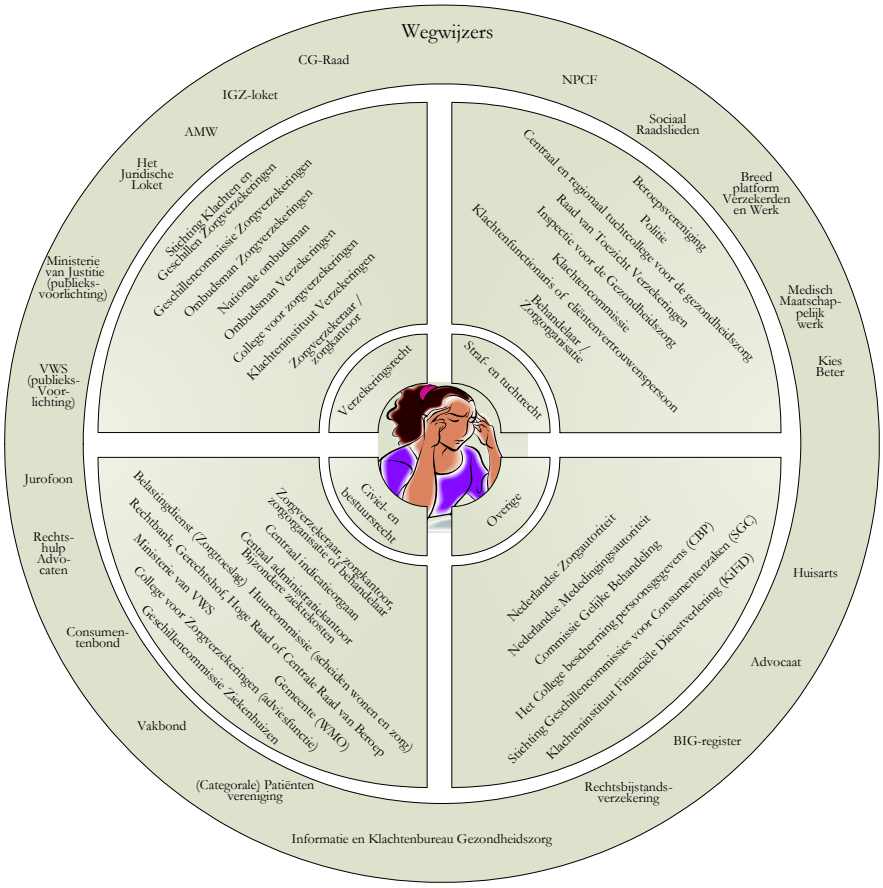
Vaststaat dat de patiënt recht heeft op verantwoorde zorg. Maar wat verantwoorde zorg precies is, blijft te vaak onduidelijk. Dit is een ernstige tekortkoming, omdat de patiënt hierdoor te vaak verstoken blijft van een referentiekader, waaraan hij een aanbod kan toetsen. Dit gegeven onderstreept één van de conclusies uit het vorige hoofdstuk, namelijk dat het van belang is dat de patiënt kennis kan nemen van de normen voor verantwoorde zorg. Deze moeten systematisch ontsloten worden. Dat kan tevens aan het licht brengen waar normstelling ontbreekt dan wel voor meer dan één uitleg vatbaar is.

Voorts is gebleken dat het recht op tijdige zorg niet eenduidig is geregeld. Voor een facet dat een zo belangrijke maatschappelijke waarde vertegenwoordigt gelden uiteenlopende maatstaven. Daardoor is het voor verzekerden vaak niet duidelijk waar zij recht op hebben. Het is daarom te overwegen om wettelijk één eenduidige maatstaf vast te leggen die aangeeft binnen welke termijn een patiënt mag verwachten zorg te verkrijgen. Overigens betekent een algemene wettelijke maatstaf niet dat een patiënt zich daar te allen tijde met succes op kan beroepen. Er kunnen zich altijd situaties voordoen die tijdige zorg verhinderen en buiten de invloeds- en risicosfeer van de zorgaanbieder of zorgverzekeraar liggen (overmacht).

5 Klachtrecht van de patiënt

Het recht om te kiezen op grond van kwaliteit is belangrijk in het nieuwe stelsel; het zet zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan tot kwaliteitsverbetering. Dat geldt, zoals aangegeven, ook voor de informatie over de (kwaliteit van de) zorg. Dit geeft echter geen garantie; er kan altijd iets misgaan. Het recht om te klagen vormt dan ook een onmisbare schakel in de keten van rechten van de patiënt.

Het klachtrecht van de patiënt biedt een scala aan mogelijkheden (van informeel tot formeel).



In dit hoofdstuk beperken we ons tot een bespreking van de formele klachtmogelijkheden van verzekerden/patiënten over de dienstverlening door zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

5.1 Klachten over de zorgverzekeraar

Er is geen wettelijke voorziening voor de behandeling van klachten in de Zvw, maar in de praktijk voorzien verzekeraars doorgaans zelf in een interne klachtenprocedure. In de verzekeringsovereenkomst kan verder bepaald zijn dat de verzekerde geschillen kan voorleggen aan een geschillencommissie, die bij wijze van bindend advies uitspraak doet. In de Zvw is hiervoor een specifieke regeling getroffen. Deze schrijft voor dat eerst aan de zorgverzekeraar om heroverweging van de beslissing moet worden gevraagd, terwijl naderhand de geschillencommissie advies moet vragen aan het CVZ. Alle zorgverzekeraars hebben in hun modelovereenkomsten de geschillencommissie van SKGZ aangewezen. De procedure hier is laagdrempelig en goedkoop en zo ingericht dat vrij snel een definitieve uitspraak kan worden verwacht.

De verzekerde is overigens niet verplicht deze procedure te volgen; hij kan er ook voor kiezen het geschil aan de burgerlijke rechter voor te leggen. De procedure kan in drie instanties worden gevoerd en kan zeer langdurig zijn. Bovendien is rechtsbijstand verplicht. In voorkomende gevallen kan evenwel een voorziening in kort geding worden gevraagd.

Zorgverzekeraars zijn bestuursorganen voor zover zij de publiekrechtelijke AWBZ uitvoeren. De Awb kent eenieder het recht toe bij een bestuursorgaan een klacht in te dienen over de wijze waarop dat orgaan zich tegenover hem heeft gedragen. Ook kan een klacht worden ingediend bij de Nationale Ombudsman.

Daarnaast kan een verzekerde naar aanleiding van een beslissing over een aanspraak op zorg bezwaar maken. Als de zorgverzekeraar bij zijn standpunt blijft moet hij het CVZ om advies vragen. Tegen de beslissing op bezwaar kan de verzekerde beroep instellen bij de rechtbank; hoger beroep is mogelijk bij de Centrale Raad van Beroep. De procesgang neemt lange tijd in beslag, maar de verzekerde kan in ieder stadium van de procedure een voorlopige voorziening vragen.

Het ontbreken van een uniforme rechtsgang is te verklaren uit het feit dat het om verschillende verzekeringen gaat: een privaatrechtelijke versus een publiekrechtelijke verzekering. Het onderscheid tussen beide kan niet ongedaan worden gemaakt zonder fundamentele wijziging van de verzekeringsstelsels.

Uniformiteit is in de AWBZ wel te bevorderen. De Awb biedt de mogelijkheid dat een bestuursorgaan een persoon of commissie belast met de behandeling van en advisering over klachten. Het Reglement van de Ombudsman Zorgvezekeringen voorziet in de mogelijkheid dat de Ombudsman Zorgvezekeringen die taak op zich neemt. Een nadere wettelijke regeling is daarvoor in beginsel niet nodig, mits alle zorgverzekeraars de ombudsman tevens als klachteninstantie aanwijzen voor de behandeling van klachten over de uitvoering van de AWBZ.

5.2 Klachten over zorgaanbieders

Op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector is iedere zorgaanbieder verplicht een adequate klachtenregeling te treffen en de patiënt daarover te informeren. Het oordeel van de klachtencommissie kan aanbevelingen ter verbetering omvatten, maar de commissie kan geen maatregelen afdwingen of sancties opleggen. De aanbieder is verplicht de patiënt binnen een maand te informeren over wat hij met de uitspraak van de commissie gaat doen.

De patiënt kan ook een klacht voorleggen aan de tuchtrechter. Het tuchtrecht is geregeld in de Wet BIG en is van toepassing op acht beroepsgroepen. Als de klacht gegrond verklaard wordt kan de tuchtrechter verschillende maatregelen opleggen, variërend van een waarschuwing of berisping, tot een boete of een tijdelijke dan wel permanente schorsing van de aangeklaagde hulpverlener.

Daarnaast kan de patiënt een civiele procedure starten als er met betrekking tot de patiënt een zodanige fout is gemaakt dat daaruit schade voortvloeit. Als het de patiënt om schadevergoeding gaat moet hij deze procedure starten. Dit betekent overigens niet dat hij meteen bij de civiele rechter moet procederen; het merendeel van de claims wordt afgehandeld in de relatie tussen de patiënt en de aansprakelijkheidsverzekeraar van de aangeklaagde beroepsbeoefenaar of instelling. In een aantal gevallen kan de patiënt met kleinere claims terecht bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen.

5.3 Bespreking en conclusies

Het klachtrecht van de patiënt is goed geregeld en biedt tal van mogelijkheden. Daarin schuilt ook juist het probleem: de klachtmogelijkheden zijn niet goed bekend bij patiënten, vooral niet wat de doelstelling van de betreffende klachtregeling is (vergoeding van schade, kwaliteitsverbetering etc). Patiënten hebben veelal andere verwachtingen. Het is dan ook van belang dat patiënten goed geïnformeerd worden over hun klachtmogelijkheden. Daarbij is cruciaal wat een patiënt met zijn klacht wil bereiken. Op basis daarvan kan advies worden gegeven over de meest in aanmerking komende procedure.

Een urgent probleem betreft de klachtmogelijkheden van mensen die in een zorginstelling wonen. Zij zijn terughoudend met het indienen van klachten, hetgeen vooral lijkt te zijn ingegeven door angst voor de consequenties. Het gegeven dat klachten in verpleeghuizen vooral 'in de lijn' worden opgevangen zal de angst voor gevolgen eerder vergroten dan verkleinen. Het is daarom van belang om juist van instellingen als deze, waar kwetsbare personen wonen, te eisen dat zij voorzien in onafhankelijke klachtenondersteuning en –bemiddeling.

6 Een integrale zorgconsumentenwet als oplossing?

De rechtspositie van de patiënt is over het algemeen formeel goed geregeld, zeker in vergelijking tot andere landen (IGZ 2006; Sluiters, 2006). De nadere analyse in dit advies brengt echter tevens een aantal tekortkomingen aan het licht van de regeling en implementatie van die rechten van de patiënt, die in het bijzonder van belang zijn voor zijn functioneren als zorgconsument.

De vraag is nu of een integrale zorgconsumentenwet de aangewezen oplossing is voor de gesignaleerde problemen. Daartoe wordt eerst onderzocht wat precies bedoeld wordt met een zorgconsumentenwet.

6.1 Een (integrale) zorgconsumentenwet

Het antwoord van de NPCF op de gestelde bezwaren tegen de huidige regeling van de patiëntenrechten is 'een raamwet, waarin de rechten van zorgconsumenten consistent zijn beschreven, die samenhang aanbrengt tussen bestaande wetten en de leemtes opvult die zijn ontstaan door de nieuwe verhoudingen onder de Zorgverzekeringswet'.

Op zichzelf biedt dit nog onvoldoende inzicht in wat zo'n wet zou moeten behelzen. Nader inzicht is te ontlenen aan een ingezonden stuk in de Volkskrant van 29 augustus 2006 en de uitwerking daarvan in de nota "Niet zonder ons", welke in samenwerking met de NPCF is vervaardigd (Van Heteren, 2006).

In deze wet moeten volgens de auteur(s) de uitgangspunten voor goede zorgverlening worden vastgelegd. Tenminste de volgende rechten zouden erin uitgewerkt moeten worden:

1. Recht op zorg. Dit recht moet beter worden verankerd dan nu het geval is. Ieder individu dat in Nederland verblijft heeft recht op tijdige, adequate en professionele zorgverlening die aan duidelijke kwaliteitseisen voldoet.
2. Recht op toegang tot zorg. Ieder individu dat in Nederland verblijft heeft recht op toegang tot verantwoorde zorg en maatschappelijke dienstverlening. Die toegang

moet stelselmatig zijn gewaarborgd. Dat wil zeggen financieel door een brede basisverzekering maar ook fysiek door voldoende aanbod en adequate voorzieningen. Scherper dan nu moet ook het recht op toegesneden informatie zijn verzekerd, met voorlichting op maat en keuze-ondersteuning van patiënten. En scherper dan nu moet de overheid de toegang tot zorg en zorginformatie monitoren en moeten patiënten prominent betrokken worden bij verbeteringsvoorstellen. Voor mensen die hun zorgverzekering niet kunnen betalen moet een waarborgfonds ingericht worden dat assisteert bij de financiële toegang tot zorg. Bij oplopen van het percentage onverzekerden tot boven de 3 procent moeten extra middelen worden ingezet.

3. Recht op veiligheid en kwaliteit van zorg. Zeker als de concurrentie in de zorg groter wordt is het cruciaal de kwaliteit en veiligheid van zorg te bewaken. Veiligheidsbevordering is technisch te ondersteunen door met voorrang werk te maken van het EPD. Op alle niveaus van de zorg moeten kwaliteits- en veiligheidsnormen vanzelfsprekend worden. Patiënten moeten bij ontwikkeling van die normen betrokken worden. De afgesproken basiskwaliteit van producten, diensten en organisatie van de zorg moet voor iedereen inzichtelijk zijn. Zorgaanbieders moeten op kwaliteit worden afgerekend.
4. Recht op goede zorgverlening in (nieuwe) zorgarrangementen. Voor patiënten moet ondubbelzinnig vastliggen wat de geboden kwaliteit is en wie waarop aanspreekbaar is. Ook hier extra aandacht voor informatie aan patiënten.
5. Recht op heldere geschillenbeslechting. Mocht het onverhoopt toch misgaan dan moet ondubbelzinnig duidelijk zijn hoe een patiënt zijn beklag kan doen en het geschil kan beslechten.

Bovendien moet de wet niet alleen de positie van de individuele patiënt versterken maar ook die van patiënten als groep.

6.2 Analyse en beoordeling

Met een integrale zorgconsumentenwet worden twee doelstellingen nagestreefd:

- samenhang aanbrengen tussen bestaande wettelijke regelingen, teneinde de toegankelijkheid van patiëntenrechten te verhogen (ordening);
- leemtes opvullen die zijn ontstaan als gevolg van het nieuwe stelsel (verandering).

Het meest klemmende argument voor een integrale zorgconsumentenwet is het ordeningsaspect. Hoe hierover te oordelen?

De geregelde onderwerpen kunnen niet in hetzelfde wettelijke kader worden ondergebracht
De Raad acht het onmogelijk om alle voor de zorgconsument relevante wettelijke regelingen in één wettelijk regime onder te brengen. De onderwerpen die in genoemde wettelijke regelingen aan de orde komen zijn divers van aard, en passen lang niet allemaal in een en hetzelfde kader. Het is ondenkbaar dat 'de overeenkomst' het uitgangspunt kan zijn van een regeling waarin zowel privaatrechtelijke als publiekrechtelijke aspecten moeten worden samengebracht

Loshalen uit het BW doet afbreuk aan bescherming patiënt
Sommige regelingen hebben een breder bereik dan de gezondheidszorg, zoals de privacywetgeving en de regels van boek 1 BW. De aansluiting van een alomvattende zorgconsumentenwet bij het algemene recht zal nog problematischer zijn dan nu al het geval is bij de Wgbo en het algemene verbintenissenrecht.

Bovendien betekent het bijeenbrengen van alle patiëntenrechten in één wet tevens de gedeeltelijke onttakeling van het Burgerlijk Wetboek. Het bestaande evenwicht in het BW tussen regelingen waarin de contractvrijheid centraal staat en regelingen waarin de bescherming van een zwakke partij (consument, huurder, patiënt, werknemer) centraal staat, wordt zo ten nadele van deze laatste verstoord.

Bundeling van rechten verhoogt niet toegankelijkheid/bekendheid
De raad is van mening dat bundeling van patiëntenrechten in één wettelijke regeling de bekendheid ervan bij patiënten niet vergroot. Zo'n wet zal hoe dan ook gecompliceerd zijn en daarmee het probleem van de ontoegankelijkheid opnieuw stellen. Deze wet zou namelijk een enorme diversiteit aan onderwerpen moeten regelen, waarin meerdere rechtsrelaties aan de orde zijn, zowel privaatrechtelijke als publiekrechtelijke (Dute, 2006).

Mogelijkheden van wetgeving niet overschatten
Bovendien is het de vraag hoe 'ondubbelzinnig' de wetgever kan zijn in zijn formulering. Stel dat het recht op zorg inderdaad als volgt geformuleerd zou worden: "Iedereen die in Nederland verblijft heeft recht op zorg". Dan zal hier meteen

op zijn minst aan moeten worden toegevoegd: 'mits een zorgovereenkomst is gesloten', 'mits premie wordt betaald', 'voor zover het zorg betreft die tot het basispakket behoort', 'mits geïndiceerd' etc., anders is de formulering onvolledig en misleidend. Daarnaast zal duidelijk gemaakt moeten worden tegenover wie de verzekerde/patiënt het recht kan inroepen: tegenover de overheid, de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder of ook tegenover elke willekeurige burger?

Dit brengt ons op het punt van de afgeleide rechten. Op zichzelf doet het gegeven, dat bepaalde rechten van consumenten slechts een afgeleide zijn van in de wetgeving neergelegde plichten van anderen, geen afbreuk aan de rechtspositie van de patiënt. In sommige gevallen geldt eerder het tegendeel: het maakt juist duidelijk tegenover wie de zorgconsument het desbetreffende recht kan inroepen.

Overigens is het niet reëel te veronderstellen dat alle rechten van patiënten uit en te na in de wet zelf neergelegd kunnen worden. Te gedetailleerde regelgeving kan verstarrend werken. Het gebruik van globale regels met open normen berust veelal op een weloverwogen keuze en doet recht aan de complexiteit van de dagelijkse praktijk en aan de verantwoordelijkheid en deskundigheid van medische beroepsbeoefenaren. Consequentie is wèl dat nadere invulling van de regels op andere niveaus plaatsvindt. Een patiëntenwet kan dan ook nimmer 'alomvattend' zijn.

6.3 Conclusie

Een integrale zorgconsumentenwet is juridisch bezien niet te verwezenlijken. Wat minstens zo belangrijk is: een dergelijke wet draagt niet bij aan de toegankelijkheid van patiëntenrechten, noch aan versterking van de rechtspositie van de zorgconsument.

De wens om de rechten van de patiënt op een aantal specifieke punten te veranderen of uit te breiden kan een gerechtvaardigde zijn. Dat vraagt om een genuanceerde beoordeling, waarbij de aard van het te regelen recht, de noodzaak om dit bij wet te doen, de effectiviteit en de handhaafbaarheid elementen zijn die in de afweging moeten worden betrokken. Dit kan betekenen dat gemaakte keuzes opnieuw ter discussie worden gesteld (bijv. ten aanzien van de onverzekerdenproblematiek). Dit vergt een andere discussie, die nadrukkelijk thuis hoort in de

politieke besluitvormingsarena over het (verzekerings)stelsel. Duidelijk is in ieder geval wel dat een integrale zorgconsumentenwet daarvoor niet de geëigende oplossing biedt.

7 Het alternatief van de raad

De raad is van mening dat de oplossing voor de gesignaleerde problemen niet moet worden gezocht in een integrale zorgconsumentenwet. Wat dan wel? In dit hoofdstuk presenteert de raad zijn alternatief, dat uit de volgende sporen bestaat:

- Het oplossen van knelpunten en lacunes:
- Het verhogen van de toegankelijkheid van patiëntenrechten door:
  a. thematische evaluatie van patiëntenrechten, waarmee de samenhang en consistentie van de verschillende wettelijke regelingen kan worden verbeterd;
  b. het instellen van een kennis- en adviescentrum voor patiëntenrechten.

7.1 Oplossen knelpunten en lacunes in bestaande wetgeving

Voor zover de raad in dit advies de rechten van de patiënt onder de loep heeft genomen, heeft hij de volgende aanbevelingen:

Algemeen
Wijzig de titel van afdeling 7.7.5 BW ('de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling'; in de wandelgangen Wgbo) zodanig dat het werkingsgebied ervan wordt verruimd van geneeskundige behandeling tot zorg (Van Wijmen, 2005). Daarmee wordt de bestaande onduidelijkheid over de vraag of de Wgbo ook van toepassing is in zorgsituaties waarin niet het behandelen van patiënten voorop staat, maar veeleer het verzorgen en begeleiden, weggenomen. De titel zou bijvoorbeeld kunnen luiden: 'De zorg- en behandelingsovereenkomst'. Onderzoek tevens of het mogelijk is deze afdeling tot een afzonderlijke titel te promoveren, dat wil zeggen uit de titel 'Opdracht' te lichten.

Recht om keuzes te maken:
Neem in de Zorgverzekeringswet een nadere regeling op over de hoogte en andere voorwaarden van de door zorgverzekeraars toe te passen korting op de vergoeding wanneer een verzekerde met een naturapolis kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Recht op informatie:
Bewerkstellig dat de NZa voorrang geeft aan het ontwikkelen van een visie en beleid op de vergelijkende keuze-informatie die zorgaanbieders en zorgverzekeraars op grond van de Wmg moeten verstrekken. Bevorder dat de Nza daarbij expliciet aandacht schenkt aan keuze-informatie over de kwaliteit en resultaten van zorg bij *specifieke* aandoeningen.

Recht op tijdige zorg:
Overweeg een algemene wettelijke maatstaf vast te stellen die aangeeft binnen welke termijn een verzekerde zorg moet verkrijgen; een maatstaf die zowel voor de zorgverzekering als voor de AWBZ geldt en waarin het medisch oordeel over wat aanvaardbaar is wordt gecombineerd met een maximum dat maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht. Een tentatieve formulering: voor de beoordeling van de vraag of een verzekerde tijdig zorg kan verkrijgen dan wel heeft verkregen geldt de maatstaf dat zorg binnen redelijke termijn dient te worden verleend. Onder 'redelijke termijn' wordt verstaan de termijn die naar objectief medisch oordeel aanvaardbaar is, met dien verstande dat deze termijn in elk geval niet langer is dan x weken of maanden nadat de diagnose of indicatie is vastgesteld.

Klachtrecht:
Onderzoek de noodzaak van een aanvullende wettelijke maatregel waarin uitvoeringsorganen van de AWBZ verplicht worden de Ombudsman Zorgvezekeringen te belasten met de behandeling van en advisering over klachten over de uitvoering van de AWBZ.

Bewerkstellig dat instellingen in de langdurige zorg wettelijk verplicht zijn te voorzien in onafhankelijke klachtenondersteuning en –bemiddeling, naar analogie van de bepaling over de patiëntenvertrouwenspersoon in de wet Bopz.

7.2 Thematische evaluatie van patiëntenrechten

Weliswaar is het een goede gewoonte om patiëntenwetten regelmatig te evalueren, maar dit gebeurt op wetsniveau. Hierdoor worden wetten niet op samenhang en consistentie beoordeeld. Het verdient volgens de raad aanbeveling om patiëntenrechten thematisch te evalueren. Op die manier kan bijvoorbeeld worden verduidelijkt hoe de verschillende wettelijke

begrippen rondom de kwaliteit van de zorg ('verantwoorde zorg', 'goed hulpverlenerschap' etc.) met elkaar samenhangen, waarin ze overeenkomen en waarin ze verschillen. Daarmee wordt - zij het indirect - de toegankelijkheid van de patiëntenrechten verhoogd.

Bovendien wordt met een thematische (dus functionele) evaluatie beter aangesloten bij ontwikkelingen die zich in de praktijk voordoen en de problemen die patiënten als gevolg daarvan ondervinden bij het gebruik maken van hun rechten.

7.3 Een kennis- en adviescentrum patiëntenrechten

Om de rechtspositie van de patiënt te kunnen doorgronden is het niet alleen van belang relevante wettelijke bepalingen (globaal) te kennen maar ook de uitwerking die daaraan in rechtspraak, richtlijnen etc. is gegeven. Het is van belang dat patiënten die informatie op één plaats kunnen vinden. De raad beveelt daarom aan een kennis- en adviescentrum patiëntenrechten in te stellen, dat als voornaamste taak heeft de informatie over patiëntenrechten bijeen te brengen en toegankelijk te maken voor belangstellenden.

Daarvan afgeleide taken zijn:
- Vraagbaak voor patiënten/belangstellenden. Het centrum dient gemakkelijk bereikbaar c.q. laagdrempelig te zijn voor patiënten die vragen hebben over (de realisatie van) hun rechten. Dit vergt ook dat het centrum grote bekendheid verwerft. In wezen moet dat het eerste zijn dat bij zorgconsumenten met vragen op dit gebied opkomt: een "Eerste Hulp Bij Zorg" (EHBZ).
- Wegwijzer met betrekking tot het klachtrecht. Het centrum moet zorgconsumenten de weg wijzen wanneer zij een klacht hebben en hen zo nodig daarin ondersteunen.
- Monitoren hoe het is gesteld met de (implementatie van) patiëntenrechten, daarover rapporteren en suggesties aandragen voor verbetering (agendavorming). In het verlengde daarvan het aandragen van onderwerpen voor thematische evaluatie.

De raad beveelt tevens aan een kwartiermaker te benoemen die de opdracht krijgt de mogelijkheden nader te verkennen en vervolgens het beoogde kennis- en adviescentrum op te zetten.

Hij geeft daartoe de volgende overwegingen mee ten aanzien van de bestuurlijk-juridische positie van dat centrum.

Een publieke taak?
Het bijeenbrengen en ontsluiten van patiëntenrechten alsmede de daarvan afgeleide taken zijn in de ogen van de raad publieke taken. Volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) is sprake van een publiek belang als de behartiging van een maatschappelijk belang anders (in dit geval: spontaan via de markt) niet goed tot zijn recht komt. Eerder in dit advies is betoogd dat een sterke rechtspositie van de patiënt cruciaal is voor het kunnen vervullen van de rol die van de patiënt verwacht wordt in het nieuwe zorgstelsel en daarmee tevens voor het functioneren van dat stelsel. Een sterke rechtspositie van de patiënt vertegenwoordigt derhalve een maatschappelijk belang. Ook is aangetoond dat de rechtspositie van de patiënt over het algemeen formeel goed is geregeld, maar dat het als gevolg van de ontoegankelijkheid van het wettelijk stelsel van patiëntenrechten, ontbreekt aan kennis en inzicht. Weliswaar wordt informatie verstrekt, maar deze is nog beperkt en gefragmenteerd. De behartiging van het maatschappelijk belang komt dus niet vanzelf (d.w.z. spontaan via de markt) voldoende tot zijn recht. Het is de overheid die verantwoordelijk is voor de randvoorwaarden waarbinnen het nieuwe zorgstelsel moet functioneren. Daartoe behoort ook het ontsluiten van kennis over patiëntenrechten en het bieden van ondersteuning bij het gebruik er van.

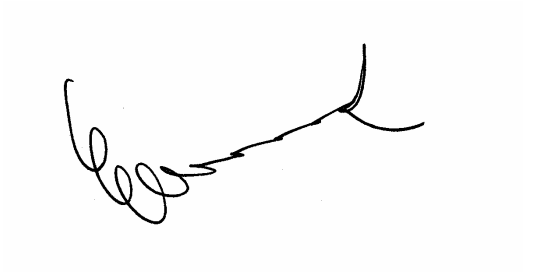
Bestaande of nieuwe organisatie?
De raad is er voorstander van de genoemde taken te laten uitvoeren door een (samenwerkingsverband van) bestaande organisatie(s), waar de benodigde deskundigheid en infrastructuur (ten dele) al aanwezig is, dan wel waarop gemakkelijk kan worden aangesloten. Organisaties die taken verrichten welke raakvlakken hebben met de taken van het beoogde kennis- en adviescentrum zijn: de NZa, de IGZ, het CVZ, Kiesbeter (RIVM), NPCF, Consumentenbond.

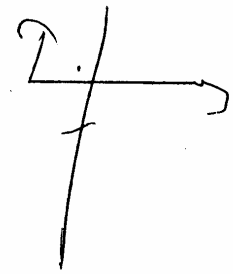
Overheidsorgaan of privaatrechtelijke organisatie?
Er zijn allerlei organisatievormen mogelijk, waarmee de overheid taken die voortvloeien uit de behoefte aan borging van een publiek belang kan (laten) uitvoeren. De raad spreekt geen voorkeur uit. Ook een samenwerkingsverband komt in aanmerking, mits het centrum naar buiten toe een eenduidig, herkenbaar gezicht heeft en laagdrempelig is.

Het centrum moet volgens de raad in onafhankelijkheid zijn taken kunnen uitvoeren. Het heeft evenwel geen bestuursrechtelijke bevoegdheden nodig, aangezien het geen besluiten neemt die gericht zijn op rechtsgevolg.

De raad meent dat de voorgestelde oplossingen een wezenlijke bijdrage kunnen leveren aan de verdere ontwikkeling van de patiënt tot zorgconsument.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,





Rien Meijerink,
voorzitter

Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Onderdeel uit het Werkprogramma 2006

Ik vraag de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) met een advies te komen over een Zorgconsumentenwet. Ik heb de raad verzocht zijn onderzoekprogramma aan te passen om hier snel aan tegemoet te kunnen komen. De RVZ is hiertoe bereid en verwacht zijn advies eind oktober te kunnen uitbrengen. Uiteraard zal ik de RVZ voorzien van de studies van de Inspectie, zodra deze beschikbaar komen.

Ik vind de vraag naar een Zorgconsumentenwet een zo belangrijk thema, dat er een glasheldere analyse aan ten grondslag moet liggen. Zodra de RVZ advies heeft uitgebracht bepaal ik mede op basis daarvan mijn standpunt, dat ik aan het parlement kenbaar zal maken.

Reeds in gang gezette activiteiten
Vooruitlopend op de uitkomsten van het bovenstaande traject, kan ik u al zeggen dat één van mijn tussentijdse conclusies is, dat beter onder de aandacht dient te worden gebracht welke rechten de patiënt/consument reeds heeft. Los van de vraag of we tot een Zorgconsumentenwet moeten komen, concludeer ik dat er een voorziening dient te zijn die de burger in staat stelt, om gericht de relevante informatie over zijn rechten en plichten te kunnen vinden. Een webstek is hiervoor een geschikte vorm. Mijns inziens moeten en kunnen we op dit punt snel tot actie overgaan. Hiertoe zal de informatie op kiesBeter.nl over patiëntenrechten worden uitgebreid en de presentatie ervan worden verbeterd.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Adviesvoorbereiding vanuit de raad
Mr. H. Bosma
Drs. R. Meijerink

Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep
Mw. mr. M.W. de Lint, projectleider
Drs. E.G. Brummelman
Mw. I.A. de Prieëlle, projectsecretaresse

Samenstelling klankbordgroep Zorgconsumentenwet
- Prof. dr. G.H. Blijham, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- W. Etty, Andersson Elffers, Felix B.V.
- J. J. Gillissen, Diabetes Vereniging Nederland
- Prof. mr. E.H. Hondius, Universiteit van Utrecht
- Dr. mr. J. Legemaate, KNMG
- Mw. prof. dr. E.H. Tonkens, Universiteit van Amsterdam
- Drs. E. van der Veen, AGIS Zorgverzekeringen
- Mw. prof. mr. I.C. van der Vlies, Universiteit van Amsterdam
- Mw. M. Weerts, Stichting Hoofd Hart Vaten
- Prof. mr. F.C.B. van Wijmen, Universiteit Maastricht

Verslaglegging klankbordgroep
De heer L. Lotterman

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Burgerlijk Wetboek
CVZ	College voor zorgverzekeringen
EHBZ	Eerste Hulp Bij Zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NPCF	Nederlands Patiënten Consumenten Federatie
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wfd	Wet financiële dienstverlening
Wgbo	Wet geneeskundige behandelovereenkomst
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 4

Literatuur

Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting en Z-Org: Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg. Een operationalisatie van het Visiedocument Normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V. Utrecht: 2005.

Dute, J.C.J. De Zorgconsumentenwet: grote stappen, snel thuis? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2006, p. 414-422.

Dute, J.C.J. Naar een zorgconsumentenwet? Een beknopte literatuurstudie. Den Haag: ZonMw, 2006.

Dute, J.C.J. en Wijmen, F.C.B. van. Consistentie van wetgeving in de gezondheidszorg. Intersentia Rechtswetenschappen. Antwerpen-Groningen. 1998.

Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2004-20005. Zorgverzekeringswet; nader voorlopige verslag. 29763 F

Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2004-20005. Zorgverzekeringswet; Nadere Memorie van antwoord. 29763 H

Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-20006. Wet marktordening gezondheidszorg; voorlopig verslag. 30186 C

Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-20006. Wet marktordening gezondheidszorg; memorie van antwoord. 30186 D

Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-20006. Wet marktordening gezondheidszorg; nader voorlopig verslag. 30186 E

Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-20006. Wet marktordening gezondheidszorg; nadere memorie van antwoord. 30186 F

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. De Zorgconsumentenwet: één wet voor patiënten en consumenten. Utrecht: NPCF, 2006.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. De meetlat voor een gezond stelsel. Toetsingskader gezondheidszorg in patiënten/consumentenperspectief. Utrecht: NPCF, 2001.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2006. Patiënt en recht: de rechtspositie van de patient goed verzekerd? Den Haag: IGZ, 2006.

Friele, R.D. et al. Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg. Een overzichtsstudie. Utrecht: Nivel i.o.v. de IGZ, 2006.

Groot, G.R.J. de. Kiezen voor zorg, de keuzevrijheid van de patiënt in een nieuw stelsel van ziektekostenverzekering (oratie). Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, 2003.

Groot, G.R.J. de. De zorgverzekeraar: spin in het web? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. 2005, p. 40-60.

Groot, G.R.J. de, Hamilton, G.J.A. en Legemaate, J. Zorgkwaliteit in een competitieve verzekeringsmarkt. Zorg&Financiering 2005, p 10-26.

Groot, G.R.J. de. De stand van de wetenschap en praktijk. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. 2006, p 326-350.

Groot, G.R.J. de. Beter verzekerd? Den Haag: RVZ, 2006.

Heteren, G. van. Niet zonder ons. Patiëntenrechten bij de tijd. PvdA Nota over de contouren van zorgconsumentenwetgeving. Den Haag: 2006.

Heteren van, G en Schipaanboord, A. Ambitie ontbreekt om patiëntenorganisaties slagkracht te geven. Volkskrant, 29 augustus 2006.

Kastelein, W.R. en Legemaate, J. Wettenverzameling Gezondheidsrecht 2006. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2006.

Legemaate, J. Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak. Amsterdam: VUMC i.o.v. de IGZ, 2006.

Most, J.M. van der. De Zorgverzekeringswet en de zelfverzekerde burger. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. 2005, p 17-39.

NRC Handelsblad. Patiënten zijn vrij machteloos. 19 augustus 2006

Nys, H. en Stultiëns, L. De rechten van de patiënt. Verslag van een onderzoek naar de rechten van de patiënt in: België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Spanje en het Verenigd Koninkrijk. Leuven: KU Leuven i.o.v. de IGZ, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Roscam Abbing, H.D.C. Kwaliteit van hulpverlening en Zorgverzekeringswet. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2005, p 459.

Sluijters, B. en Biesaart, M.C.I.H. De geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deventer: Kluwer, 2005.

Sluijters, B. et al. Gezondheidsrecht, Tekst & Commentaar. Deventer: Kluwer, 2005.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 2005-2006. Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van VWS (XVI) voor het jaar 2006. nr. 30300 XVI. Nr. 154. Brief van de minister van VWS. Den Haag, 26 juni 2006.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief minister en staatssecretaris van VWS van 10 februari 2006. Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda.

Weevers, K. Het recht op zorg in de AWBZ; recht of zorg? Nieuwegein: IVVU, 2006.

Wijmen, F.C.B. van. Richtlijnen voor verantwoorde zorg. Over de betekenis van standaardisering voor patiënt, professional en patiëntenzorg. Pre-advies Vereniging voor Gezondheidsrecht 2000.

Wijmen, F.C.B. van. Een kleine mooie ritselende revolutie. Over de effectiviteit van 35 jaar patiëntenrechten in Nederland. Afscheidsrede. Universiteit Maastricht, 2006.

Wijmen, F.C.B. van. De kwetsbare patiënt. Wetgeving patiëntenrechten kan stuk eenvoudiger. Medisch Contact 61 (2006) nr. 19, p 776-778.

Wijmen, F.C.B. van. Tot het vastgeroeste lostrilt … over de haalbaarheid van één Zorgconsumentenwet. Journaal Ggz en recht 2, 2006, nr.6.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11).
De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

06/12	De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?	€ 15,00
06/11	Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)	€ 15,00
06/10	Publieke gezondheid	€ 15,00
06/09	Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)	€ 15,00
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag	€ 15,00
06/07	Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)	€ 15,00
06/06	Zinnige en duurzame zorg	€ 15,00
06/04	Stategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector	€ 15,00
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	gratis
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€ 15,00
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€ 15,00
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspec-	€ 15,00

	tief)	
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€ 15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€ 15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€ 15,00
05/04	Van weten naar doen	€ 15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)	gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00

03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61