

Regeldruktoets concept wijziging Wgbo

Raming van de regeldrukeffecten bij de voorgenomen wijziging van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

Regeldruktoets concept wijziging Wgbo

Raming van de regeldrukeffecten bij de voorgenomen wijziging van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

Raming opgesteld i.o.v. het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en begeleid door:
Mw. Catharine Crum
Dhr. Peter de Groot

Sira Consulting

Nieuwegein, 22 oktober 2015

Auteurs

Dhr. Frans van Eck

Dhr. Joey van den Hurk

Dhr. Peter Bex

Sira Consulting B.V. is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze rapportage. De in deze rapportage opgenomen teksten en onderzoeksresultaten mogen uitsluitend worden gebruikt als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm ook, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Sira Consulting B.V.. Sira Consulting B.V. aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
2	De voorgenomen wijzigingen in de Wgbo	8
2.1	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst	8
2.2	De voorgenomen wijzigingen	9
3	Berekeningswijze	11
3.1	Definitie van regeldruk	11
3.2	Initiële en structurele regeldruk	12
3.3	Het meten van regeldruk met het SKM	12
3.4	Verantwoording	13
4	De lasten per handeling (P)	14
4.1	Kennisname	14
4.2	Samen beslissen (art. 7:448 BW)	14
4.3	Aantekening toestemming cliënt ingrijpende verrichting (7:451 BW)	15
4.4	Aantekening wilsonbekwaamheid (7:454 lid 2 BW)	16
4.5	Verlenging bewaartermijn (7:454 lid 4 BW)	17
4.6	Inzagerecht voor nabestaanden en vertegenwoordigers (7:458a BW)	17
5	De omvang van de doelgroep (Q)	20
5.1	Kennisname en verlenging van bewaartermijnen	20
5.2	Aantekening wilsonbekwaamheid	21
5.3	Inzagerecht nabestaanden en vertegenwoordigers	23
6	De regeldrukeffecten (P*Q)	27
6.1	Kennisname	27
6.2	Aantekening wilsonbekwaamheid	27
6.3	Verlenging bewaartermijn	28
6.4	Inzagerecht nabestaanden en vertegenwoordigers	28
7	Conclusies	31
Bijlagen		
I	Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo	33

1 Inleiding

Achtergrond

Het ministerie van VWS heeft in voorbereiding een wetsvoorstel tot wijziging van afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW), inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deze afdeling is in het BW opgenomen bij de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De afdeling wordt hierna aangehaald als 'de WGBO'.

De in het wetsvoorstel voorgenomen wijzigingen bevatten een aantal nieuwe verplichtingen voor hulpverleners. Deze lasten veroorzaken regeldruk. Het ministerie heeft daarom opdracht gegeven voor het uitvoeren van een regeldruktoets. De resultaten van de regeldrukberekening zullen door het ministerie worden gebruikt om paragraaf 6 van de Nota van toelichting bij het betreffende wetsvoorstel te onderbouwen. Sira Consulting heeft de regeldruktoets uitgevoerd en in de voorliggende rapportage zijn de resultaten hiervan samengevat.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 schetst de achtergrond van het besluit tot wijziging van de Wgbo. Hierbij wordt aangegeven welke wijzigingen met regeldrukeffecten dit tot gevolg heeft. In hoofdstuk 3 is toegelicht van welke methodiek gebruik is gemaakt bij het berekenen van de regeldrukeffecten. In hoofdstuk 4 is een beschrijving opgenomen van de lasten per activiteit of handeling die moet worden uitgevoerd om te voldoen aan de nieuwe verplichtingen (P). Hoofdstuk 5 beschrijft de omvang van de doelgroep die te maken krijgt met de nieuwe verplichtingen (Q). In hoofdstuk 6 zijn de totale lasten weergegeven door de lasten per handeling te vermenigvuldigen met de omvang van de doelgroep (PxQ). In hoofdstuk 7 staan de conclusies van het onderzoek.

2 De voorgenomen wijzigingen in de Wgbo

2.1 Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

De Wgbo beschrijft de rechten en plichten van hulpverleners en cliënten bij het aangaan van een behandelingsovereenkomst. De Wgbo is opgenomen in boek 7, titel 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek (B.W.) en geldt onder meer:

- Het recht op informatie over de medische situatie (artikel 7:448 BW). Cliënten hebben recht op begrijpelijke informatie van hun arts over hun ziekte en de behandeling. Deze informatie is nodig om mee te kunnen praten over de behandeling.
- De toestemming voor een medische behandeling (artikel 7:450 BW). Een medische behandeling is alleen mogelijk als de cliënt er toestemming voor geeft. Cliënten mogen een behandeling dus weigeren. Alleen in een onhoudbare situatie is een gedwongen behandeling soms toegestaan.
- De plicht voor cliënten om inlichtingen te verstrekken aan hulpverleners (artikel 7:452). De cliënt moet de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking verstrekken die deze nodig heeft voor het uitvoeren van de behandelingsovereenkomst.
- Het inzagerecht in het medisch dossier (artikel 7:456). Iedereen die 12 jaar of ouder is, kan zijn eigen medisch dossier inzien. Als een cliënt dat wilt, moet dat mondeling of schriftelijk aan de hulpverlener of de zorginstelling worden verzocht. Alleen dan krijgt de cliënt de gewenste gegevens te zien, zoals uitslagen van onderzoeken en operatieverslagen.
- Het recht op privacy en geheimhouding van medische gegevens (beroepsgeheim) (artikel 7:457 BW). Hulpverleners zijn verplicht om vertrouwelijke gegevens geheim te houden.
- De vertegenwoordiging van cliënten die niet zelf kunnen beslissen (artikel 7:465 BW). Een wilsonbekwame cliënt heeft een (wettelijk) vertegenwoordiger die de beslissingen neemt op het gebied waarop de cliënt wilsonbekwaam is.

Naast de Wgbo zijn er nog andere bronnen waarin de rechten van cliënten en hulpverleners zijn opgenomen. Zo komt de Wet klachtenrecht cliënten zorgsector (Wkcz¹) in beeld zodra een cliënt een klacht heeft en voor de medezeggenschap van cliënten geldt de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz). En zo zijn er nog meer wetten van toepassing.

Om de rechtspositie van de cliënt te versterken en te verduidelijken, is met de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) beoogd alle rechten en plichten van hulpverleners en cliënten in één integrale wet op te nemen. Op dit voorstel is kritiek gekomen, onder meer vanuit de Raad van State en bovendien is het na de val van het kabinet in 2012 controversieel verklaard.

Uiteindelijk is het voorstel niet meer tot behandeling gekomen in de Tweede Kamer. De ambitie van het ministerie blijft echter om de rechtspositie van de cliënt te verbeteren en de regels te verduidelijken. In de brief 'Van systemen naar mensen'² is aangegeven dat de belangrijkste voorstellen³ uit de Wcz in individuele wetsvoorstellen worden geregeld en stap voor stap worden ingevoerd. Voor de wijzigingen in de Wgbo betekent dit dat zij worden behandeld in een afzonderlijk wetsvoorstel.

¹ Het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is gericht op de bevordering van de kwaliteit van zorg en de versterking van de positie van cliënten door regels te stellen over de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg. Deze wet vervangt de huidige regelgeving op het gebied van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg die zijn vastgelegd in voornamelijk de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) en de Wet klachtenrecht cliënten zorgsector (Wkcz).

² MEVA/AEB-3155166.

³ "Klachten, geschillen en kwaliteit", "Goed bestuur en medezeggenschap", "Aanpassing van de Wgbo" en "Wet toelating zorginstellingen".

2.2 De voorgenoemen wijzigingen

Om cliëntgerichte zorg verder te benadrukken, wordt met het wetsvoorstel de Wgbo op een aantal onderdelen gemoderniseerd. Daarnaast is een voorstel opgenomen om het inzagerecht van het medisch dossier voor nabestaanden in de Wgbo op te nemen. Concreet gaat het om de volgende vijf wijzigingen:

- **Samen beslissen**

Deze wijziging heeft tot doel om te verduidelijken dat de hulpverlener en cliënt samen beslissen over een voorgenoemen onderzoek en een voorgestelde behandeling. De huidige tekst van artikel 7:448 BW lijkt te suggereren dat er slechts een eenzijdige verplichting rust op de hulpverlener om de cliënt te voorzien van informatie. Om cliëntgerichte zorg te realiseren, is het echter noodzakelijk dat de hulpverlener en cliënt samen in gesprek gaan zodat zij samen een goede afweging kunnen maken over de eventuele mogelijkheden en alternatieven. Bovendien moet de hulpverlener actief aan de patiënten vragen of ze na het gesprek nog behoefte hebben aan schriftelijke, digitale of andere informatie. Meer dialoog stimuleert dat hulpverlener en cliënt het zoveel mogelijk eens zijn over welke zorg het beste past bij de situatie waarin de cliënt zich bevindt (maatwerk).

- **Aantekening medisch dossier toestemming van de cliënt**

De hulpverlener moet in het medisch dossier voor een ingrijpende verrichting expliciet aantekening maken van de toestemming van de cliënt. Hiermee wordt aangesloten bij het thema 'Samen beslissen' in het wetsvoorstel, omdat er een moment gecreëerd wordt waarbij de cliënt en hulpverlener samen stilstaan bij de vereiste toestemming van de cliënt voor een voorgenoemen behandeling of onderzoek. Het is voor cliënten belangrijk dat zij stilstaan bij en zich realiseren wat de mogelijke impact is van een voorgenoemen behandeling of onderzoek. Een ingrijpende verrichting levert een relatief grote inbreuk op de lichamelijke integriteit van cliënten. Om deze reden voorziet het wetsvoorstel in een extra stimulans om een dialoog op gang te brengen tussen hulpverlener en cliënt.

- **Aantekening gehele of gedeeltelijke wilsonbekwaamheid**

Met het wetsvoorstel wordt voorgesteld om in de Wgbo om een verplichting voor de hulpverlener op te nemen dat hij een aantekening in het medisch dossier maakt van zijn oordeel dat zijn patiënt geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam is. Daarbij dient de hulpverlener ook aan te geven op welke wijze hij tot dit oordeel is gekomen en het tijdstip en moment van evaluatie daarvan. In een dergelijk geval treedt in plaats van de cliënt een vertegenwoordiger op of beslist de hulpverlener zelf over een behandeling of onderzoek. Het oordeel van de hulpverlener over de wilsonbekwaamheid van een cliënt kan hiermee verstrekken gevolgen hebben. Met de verplichting tot aantekening in het dossier, wordt de positie van de wilsonbekwaam (geachte) cliënt verder verbeterd. Het besluit van de hulpverlener wordt hierdoor beter toetsbaar.

- **Verlenging bewaartermijn**

Voorgesteld wordt om met het oog op goede zorgverlening de wettelijk verplichte bewaartermijn voor patiëntendossiers met vijf jaar te verlengen van 15 naar 20 jaar (overigens staat de Wgbo nu ook al toe cliëntgegevens langer te bewaren als de hulpverlener dit nodig vindt vanuit het oogpunt van goede zorg aan de cliënt). Hierbij wordt voorgesteld om de bewaartermijn in te laten gaan vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden. Dit maakt het voor hulpverleners eenvoudiger om te bepalen wanneer dossiers moeten worden vernietigd. Nu is geregeld dat de bewaartermijn begint te lopen vanaf het moment waarop de gegevens zijn vervaardigd (zie artikel 7: 454 derde lid BW).

Aan de verlenging van de bewaartermijn liggen verschillende redenen ten grondslag:

- Verbetering van de zorg richting patiënten. Door ontwikkelingen op medisch gebied geldt voor verschillende ziekten waar men vroeger aan overleed dat zij nu wel behandelbaar zijn. Cliënten moeten echter wel hun leven lang er rekening mee houden opnieuw ziek te worden. Daarnaast

is er meer zicht op correlaties tussen eerdere ziekten of behandelingen en de kans op later in hun leven optredende aandoeningen.

- Het belang van nabestaanden bij erfelijke ziekten. Bij steeds meer aandoeningen of condities speelt een erfelijke factor een rol. Familieleden van de patiënt kunnen dan er belang bij hebben om gegevens over eerdere ziektegeschiedenissen in de familie langer te bewaren. Overigens kan de patiënt nu ook verzoeken om het langer bewaren van zijn dossier.
- Wetenschappelijk onderzoek. Door verlenging van de bewaartermijn zijn er meer gegevens over langere tijd beschikbaar.

Daarbij geldt dat de technische ontwikkelingen het hulpverleners eenvoudiger maken om aan de bewaartermijn te voldoen (elektronische patiëntendossiers).

▪ **Het inzagerecht voor nabestaanden**

Een nabestaande of vertegenwoordiger van een overleden patiënt kan de hulpverlener verzoeken om inzage te krijgen in het medisch dossier van de overledene. Maar omdat de hulpverlener zich moet houden aan zijn beroepsgeheim (7:457 BW) wordt een dergelijk verzoek in de praktijk vaak afgewezen. Cliënten moeten er immers op kunnen vertrouwen dat informatie die zij met hun hulpverlener hebben gedeeld, vertrouwelijk is. Er geldt op dit moment op basis van de jurisprudentie een aantal uitzonderingen waardoor nabestaanden (en vertegenwoordigers) in bepaalde gevallen wel recht op inzage in het medisch dossier hebben.

Het wetsvoorstel voorziet daarom in een aantal uitzonderingsregels, zodat inzagerecht in deze specifieke gevallen op basis van de tekst van de Wgbo mogelijk is.

Het gaat om de volgende uitzonderingsregels:

- De nabestaande of vertegenwoordiger verkrijgt inzage in het medisch dossier na overlijden als hij een melding van een zorgaanbieder op grond van de Wkkqz heeft ontvangen van een calamiteit of van geweld van een zorgverlener jegens een cliënt (geweld in de zorgrelatie) als dit heeft geleid tot het overlijden van die cliënt.
- De nabestaande of vertegenwoordiger krijgt inzagerecht als deze een zwaarwegend belang heeft bij de inzage, er voldoende aanwijzingen zijn dat dit belang wordt geschaad en opheldering niet op andere wijze kan worden verkregen.
- De vertegenwoordiger verkrijgt inzagerecht na overlijden als hij aansprakelijk wordt gesteld of tegen hem een klacht wordt ingediend door nabestaanden, en alleen door inzage in het medisch dossier kan worden aangetoond dat hij de zorg van een goed vertegenwoordiger in acht heeft genomen.
- Als de cliënt bij leven gerichte toestemming heeft gegeven die schriftelijk is vastgelegd. Dit is nu geregeld in artikel 7:457, eerste lid, BW.
- De patiënt kan bij leven aangeven dat hij niet wil dat iemand na zijn overlijden geheel of gedeeltelijk in zijn medisch dossier kan. Het moet dan gaan om een patiënt die ouder is dan twaalf jaar en op dat punt tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was. Dit moet schriftelijk zijn vastgelegd. Overigens is inzage is altijd alleen voor zover nodig; dus er wordt alleen inzage gegeven voor het doel waar dat voor is gevraagd. De hulpverlener kan inzage weigeren als dit in strijd is met goed hulpverlenerschap, of als dit de persoonlijke levenssfeer van een ander schaad. Dit alles is geregeld in artikel 7:458a, derde en vierde lid, BW.

Regeldruk

De wijzigingen hebben mogelijk effect op de regeldruk die hulpverleners en cliënten ervaren. Om een beeld te krijgen van deze effecten laat het ministerie van VWS een regeldruktoets uitvoeren naar de voorgenomen wijzigingen. In de voorliggende rapportage zijn de resultaten van deze regeldruktoets naar de effecten van de voorgenomen wijzigingen van de Wgbo opgenomen.

3 Berekeningswijze

Voor het uitvoeren van een regeldruktoets maken wij gebruik van de rijksbreed gehanteerde methodiek voor het kwantificeren van administratieve lasten en regeldruk. In dit hoofdstuk staan wij nog even stil bij de afbakening en definitie van gehanteerde begrippen en bij de methodiek die ten grondslag ligt aan elke regeldrukberkening.

3.1 Definitie van regeldruk

Om haar publieke belangen te kunnen waarborgen, legt de overheid verplichtingen op tot het doen of nalaten van handelingen of gedragingen (inhoudelijke verplichtingen). Daarnaast legt zij verplichtingen op tot het verschaffen van informatie over die handelingen en gedragingen (informatieverplichtingen). Om aan deze informatieverplichtingen te voldoen, moeten administratieve handelingen worden uitgevoerd. De kosten die de doelgroep (voor dit onderzoek zijn dat hulpverleners, cliënten en nabestaanden en vertegenwoordigers van overleden cliënten) hiervoor maakt, zijn gedefinieerd als respectievelijk nalevingskosten (NK) en administratieve lasten (AL).

De definities zijn samengevat in het onderstaande tekstkader. De methodiek voor het berekenen van de AL is uitgewerkt in de handleiding 'Meten is Weten II' van de Regiegroep Regeldruk. Voor burgers is een handleiding vanuit het ministerie van BZK beschikbaar⁴. Voor de nalevingskosten wordt een vergelijkbare methodiek gebruikt.

Administratieve lasten (AL)

Administratieve lasten zijn de kosten voor het bedrijfsleven en burgers om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Deze kosten hebben betrekking op de door de bedrijven en burgers bestede tijd (uitgedrukt in uren en vermenigvuldigd met een uurtarief) en de gemaakte (out-of-pocket) kosten (uitgedrukt in euro's).

Bron: 'Meten is Weten II', Regiegroep Regeldruk, juni 2008.

Nalevingskosten (NK)

Inhoudelijke nalevingskosten voor het bedrijfsleven zijn de directe kosten van naleving van inhoudelijke verplichtingen als gevolg van wet- en regelgeving. Het betreft hier alle wettelijke verplichtingen van het bedrijfsleven om direct te voldoen aan normen, standaarden, gedragscodes en alle overige eisen gericht op het borgen van publieke doelen.

Deze kosten hebben betrekking op de door de bedrijven bestede tijd (uitgedrukt in uren en vermenigvuldigd met een uurtarief), de gemaakte kosten voor investeringen (uitgedrukt in euro's) en het externe tarief voor uitbesteding van handelingen.

Bron: 'Handleiding Meten Inhoudelijke Nalevingskosten Bestaande Regelgeving', EIM, mei 2008.

⁴ In de handleiding Standaardkostenmodel AL-Burger zijn de uitgangspunten voor het bepalen van de AL beschreven. Sira Consulting heeft deze handleiding ontwikkeld en de beschreven werkwijze voor dit onderzoek integraal toegepast.

3.2 Initiële en structurele regeldruk

Bij het berekenen van regeldruk is onderscheid gemaakt tussen:

- Initiële regeldruk – dit zijn lasten die voortkomen uit (informatie)verplichtingen die eenmalig moeten worden uitgevoerd bij introductie van nieuwe regels of wijziging van bestaande regels. In het geval van de Wgbo kan men denken aan kennisname door hulpverleners van de gewijzigde verplichtingen die ontstaan door de verlenging van de bewaartermijnen van dossiers.
- Structurele regeldruk – dit zijn lasten die voortkomen uit (informatie)verplichtingen die regulier (bijvoorbeeld bij iedere aanvraag of jaarlijks terugkerend) moeten worden uitgevoerd om te kunnen voldoen aan de in de regelgeving opgelegde (informatie)verplichtingen. In het geval van de Wgbo gaat het bijvoorbeeld om de aantekening van wilsonbekwaamheid van een cliënt in het medisch dossier.

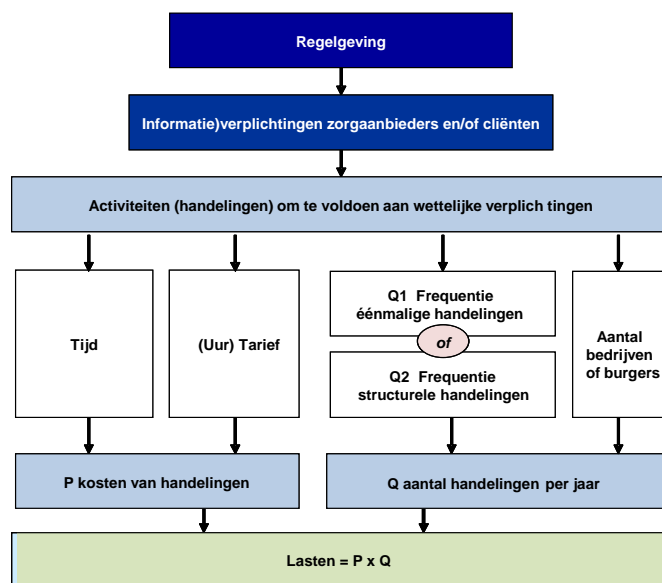
Het onderscheid tussen initieel en structureel is voor dit onderzoek relevant, omdat sprake zal zijn van een overgangsfase bij de implementatie van het wetstraject.

3.3 Het meten van regeldruk met het SKM

Voor het berekenen van de AL en NK heeft Sira Consulting op basis van ruim 15 jaar ervaring een integraal Standaardkostenmodel (SKM) regeldruk ontwikkeld. Het model garandeert dat resultaten gegevensgestuurd, intern consistent en plausibel zijn. De regeldruk wordt in dit model berekend door de kosten van een administratieve handeling of inhoudelijke verplichting (P) te vermenigvuldigen met het aantal hulpverleners of handelingen (Q) waarop deze van toepassing is. De kosten voor handelingen worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief⁵.

In de onderstaande figuur is het SKM schematisch weergegeven.

Figuur 1. Berekenen regeldruk met het standaardkostenmodel



⁵ Voor de tarieven is aangesloten bij de tarieven die ook in eerdere onderzoeken zijn toegepast in regeldruktoetsen voor het ministerie van VWS, zoals de 'Regeldruktoets Wkkgz' uitgevoerd door Sira Consulting in 2014. Voor dit onderzoek betekent dit dat is gerekend met een gemiddeld uurtarief voor een arts van € 71,-, een medewerker op HBO-WO niveau van € 45,- en een administratief medewerker van € 28,- per uur. Standaard uurtarief AL-Burger is € 15,- (Bron: handleiding Standaardkostenmodel AL-Burger).

3.4 Verantwoording

Bij het meten van regeldruk wordt gebruikgemaakt van een modelmatige weergave van de werkelijkheid; het zogenaamde standaardkostenmodel. Met behulp van dit instrument is het mogelijk om bij verandering van bestaande of introductie van nieuwe wet- en regelgeving, het effect op de regeldruk voor burgers en bedrijven te berekenen en inzichtelijk te maken. Het standaardkostenmodel maakt dit mogelijk tegen een zo efficiënt mogelijke inzet van middelen en op een voor alle departementen vergelijkbare wijze. De kracht van het werken met het standaardkostenmodel is dat er een grote voorspellende werking van uitgaat. Het nadeel is dat (noodzakelijkerwijs) gewerkt wordt op basis van aannames, het gaat immers om een toekomstige situatie.

Uit 'Meten is Weten II' van het ministerie EL&I (2008): "(...) *het is van belang om hierbij op te merken dat het (SKM) te allen tijde een theoretische benadering van de werkelijkheid blijft. De uitkomst van een AL meting voor bedrijven zal nooit een 100% accurate weergave kunnen zijn van de feitelijk gemaakte administratieve kosten. Toch laten zowel de opgedane Nederlandse, Engelse als Deense ervaringen tot op heden zien dat bedrijven, dankzij deze methode, de besteding van tijd en middelen beter kunnen inschatten met betrekking tot afzonderlijke regelgeving dan ooit eerder met andere onderzoeksmethoden.*"

De berekeningen van de regeldruk op grond van de wijziging van de Wgbo betreffen ex-ante berekeningen. Dit betekent dat de berekeningen zijn gemaakt voordat de regeling inwerking treedt. Doordat de regeling in de consultatiefase inhoudelijk nog kan wijzigen, dienen de resultaten van het onderhavige onderzoek te worden beschouwd als voorlopig. Wij hebben bij de berekeningen gebruikgemaakt van eerder uitgevoerde onderzoeken, beschikbare literatuur en bestaande methodieken. Daarnaast hebben wij gebruikgemaakt van aannames op basis van eigen kennis en ervaring. Waar van toepassing, zijn de gedane aannames toegelicht bij de betreffende verplichtingen die zijn opgenomen in de bijlage.

4 De lasten per handeling (P)

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet wat het effect is op de tijdsbesteding en eventueel andere kosten die samenhangen met de gewijzigde/nieuwe verplichtingen op grond van de wijziging van de Wgbo. In elke paragraaf worden per gewijzigde verplichting zowel de concrete handelingen beschreven die hieruit voortvloeien als de geraamde kosten per handeling.

4.1 Kennisname

Hulpverleners moeten kennisnemen van de wijzigingen die ontstaan door de wijziging van de Wgbo, zodat zij weten aan welke verplichtingen zij moeten voldoen en wat de wijzigingen voor hen betekenen.

Handeling(en):

- Het kennisnemen van nieuwe en/of gewijzigde wet- en regelgeving.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- Uit eerder onderzoek onder hulpverleners blijkt dat hulpverleners gemiddeld 30 minuten kwijt zijn aan kennisnemen van wijzigingen door nieuwe of gewijzigde regelgeving⁶. Tegen een gemiddeld uurtarief op HBO/WO-niveau à € 45 per uur bedragen de kosten per handeling hiermee € 22,50.
- Het gaat hierbij om initiële stijging van administratieve lasten.

4.2 Samen beslissen (art. 7:448 BW)

De huidige tekst van artikel 7:448 lid BW lijkt te suggereren dat er een eenzijdige verplichting is voor de hulpverlener om de cliënt in te lichten over onderwerpen zoals het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling, de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de cliënt. Met de voorgestelde wijziging wordt deze wettekst aangescherpt waarbij wordt aangegeven dat hulpverlener en cliënt samen moeten beslissen ('overleg') over deze onderwerpen.

Deze wijziging heeft tot doel om te verduidelijken dat de hulpverlener en cliënt samen beslissen over een voorgenomen onderzoek en een voorgestelde behandeling.

⁶ 'Regeldruktoets Wkkgz', Sira Consulting i.o.v. het ministerie van VWS (2014).

Handeling(en):

- De hulpverlener pleegt overleg over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling, de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de cliënt en sluit daarbij aan bij wat de patiënt nodig heeft.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- N.v.t.
De verplichting om cliënten te informeren over bovengenoemde onderwerpen is opgenomen in Burgerlijk Wetboek Boek 7 Artikel 448. De administratieve lasten voortkomend uit deze verplichting zijn opgenomen in de nulmeting van het ministerie van V&J (BW Boek 7 Opdracht geneeskundige behandeling)⁷. Deze aanpassing van de wettekst is een aanscherping van de wettekst en levert geen materiële verandering op voor betrokken partijen⁸.

4.3 Aantekening toestemming cliënt ingrijpende verrichting (7:451 BW)

Op basis van de huidige tekst van de Wgbo kan de cliënt de hulpverlener verzoeken om in ieder geval schriftelijk vast te leggen voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven. Met de voorgenomen wetswijziging wordt een dergelijke aantekening in het medisch dossier niet langer alleen op verzoek gedaan maar is de hulpverlener verplicht om een aantekening te maken van de toestemming van de cliënt voor de ingrijpende verrichting.

Deze wijziging heeft tot doel een moment te creëren waarop door hulpverlener en cliënt samen bewust wordt stilgestaan bij de voorgenomen ingrijpende behandeling. Hiermee komt het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt volledig tot zijn recht.

Handeling(en):

- De hulpverlener legt in het dossier vast voor welke handelingen van ingrijpende aard de cliënt toestemming heeft gegeven.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- N.v.t.
De verplichting om patiëntendossiers aan te maken is opgenomen in Burgerlijk Wetboek Boek 7 Artikel 454. De administratieve lasten voortkomend uit deze verplichting zijn opgenomen in de nulmeting van het ministerie van V&J (BW Boek 7 Opdracht geneeskundige behandeling)⁹. Deze aanpassing van de wettekst is een aanscherping van de wettekst. De verplichte aantekening van de toestemming van een cliënt voor een ingrijpende verrichting levert niet tot nauwelijks extra inspanning op, waardoor de lasteneffecten te verwaarlozen zijn¹⁰.

⁷ 'Actualisatie nulmeting AL Ministerie van Justitie', Sira Consulting (2002)

⁸ Zie ook: 'Administratieve, nalevings- en toezichtlasten van de Wet cliëntenrechten zorg', Sira Consulting i.o.v. het ministerie van VWS (2009), p. 38.

⁹ 'Actualisatie nulmeting AL Ministerie van Justitie', Sira Consulting (2002)

¹⁰ Zie ook: 'Administratieve, nalevings- en toezichtlasten van de Wet cliëntenrechten zorg', Sira Consulting i.o.v. het ministerie van VWS (2009), p. 39.

4.4 Aantekening wilsonbekwaamheid (7:454 lid 2 BW)

Doorgaans beslissen cliënten zelf of zij een medische behandeling willen ondergaan of niet. Maar als een hulpverlener van mening is dat een cliënt niet zelf over de voorgenomen behandeling kan beslissen dan treedt in plaats van de cliënt de vertegenwoordiger op of beslist de hulpverlener zelf over de voorgenomen behandeling. In een dergelijk geval is er sprake van gehele of gedeeltelijke wilsonbekwaamheid waarbij de cliënt niet in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen ter zake.

Met het wetsvoorstel worden hulpverleners verplicht om een aantekening in het medisch dossier op te nemen van zijn oordeel dat zijn patiënt geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam is. Daarbij dient de hulpverlener tevens de naam van de vertegenwoordiger te vermelden en aan te geven op welke wijze hij tot dit oordeel is gekomen en het tijdstip en moment van evaluatie daarvan.

Deze wijziging heeft tot doel om het oordeel van de hulpverlener over het beoordelingsvermogen van de cliënt beter toetsbaar te maken. Door de verplichte aantekening in het medisch dossier is het voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger ook eenvoudiger om een klacht in te dienen of een schadevergoeding te eisen bij de zorginstelling of de civiele rechter. Dit versterkt de juridische positie van de cliënt.

Handeling(en):

- Het, indien van toepassing, vastleggen in het medisch dossier van het oordeel van wilsonbekwaamheid door de hulpverlener, de naam van de vertegenwoordiger, de wijze van oordeelsvorming en het tijdstip en moment van evaluatie.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- Dit is een nieuwe verplichting in de wet waardoor er lasteneffecten ontstaan¹¹. De hulpverlener is verplicht om een aantekening in het medisch dossier op te nemen van zijn oordeel dat de patiënt geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam is. Daarbij dient de hulpverlener ook aan te geven op welke wijze hij tot dit oordeel is gekomen en het tijdstip en moment van evaluatie daarvan. Aangenomen is dat het vastleggen van wilsonbekwaamheid middels het opnemen van een aantekening in het medisch dossier gemiddeld 2 minuten kost. Tegen een gemiddeld uurtarief van een arts à € 71, - per uur bedragen de kosten per handeling hiermee € 2,37.
- Deze tijdsbesteding heeft uitsluitend betrekking op het vastleggen van de informatie in het dossier. Eventuele handelingen die hieraan vooraf gaan (zoals het beoordelen van de behandelingsbekwaamheid van de cliënt¹²) of die hierop volgen (zoals het op zoek gaan naar en aanwijzen van een vertegenwoordiger) worden niet rechtstreeks beïnvloed door de voorgenomen wetswijziging. Op deze onderdelen ontstaan dan ook geen lasteneffecten voor betrokken partijen.
- Het betreft hier een structurele stijging van de administratieve lasten.

¹¹ Zie ook: 'Administratieve, nalevings- en toezichtlasten van de Wet cliëntenrechten zorg', Sira Consulting i.o.v. het ministerie van VWS (2009), p. 15 & 39. In dit onderzoek is vanuit breed perspectief gekeken naar het effect van de wijzigingen die zouden ontstaan door de invoering van de Wcz. Tijdens de interviews met hulpverleners is aangegeven dat de verplichte aantekening van wilsonbekwaamheid beperkt was ten opzichte van het geheel. In het onderhavige onderzoek kijken wij specifiek naar de wijzigingen die ontstaan door de wijzigingen in de Wgbo. De verplichte aantekening van het oordeel van wilsonbekwaamheid is daarmee relevant voor dit onderzoek.

¹² Oordeelsvorming vindt nu ook al plaats en wel aan de hand van bijvoorbeeld het voorgeschreven stappenplan dat de KNMG hiervoor heeft opgesteld ('Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid bijlage 9 WGBO-rapport deel 2', KNMG (2004)). Hierin staan tips hoe artsen de wilsbekwaamheid kunnen bepalen en hoe ze met de cliënt om kunnen gaan..

4.5 Verlenging bewaartermijn (7:454 lid 4 BW)¹³

De huidige regels van de Wgbo verplichten een hulpverlener het patiëntendossier (inclusief de daarin opgenomen stukken) gedurende 15 jaar te bewaren. Een hulpverlener kan ook bepalen het dossier langer te bewaren, namelijk 'zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit'. Deze toevoeging is met name van belang voor langdurige of terugkerende zorg. Na het verloop van de bewaartermijn van 15 jaar (of langer) is de zorgverlener verplicht de cliëntengegevens te vernietigen. Het wetsvoorstel voorziet in een verlenging van de bewaartermijn met vijf jaar waardoor de bewaartermijn neerkomt op 20 jaar¹⁴. Hieraan liggen verschillende redenen ten grondslag:

- Verbetering van de zorg richting patiënten. Door ontwikkelingen op medisch gebied geldt voor verschillende ziekten waar men vroeger aan overleed dat zij nu wel behandelbaar zijn. Cliënten moeten echter wel hun leven lang er rekening mee houden opnieuw ziek te worden. Daarnaast is er meer zicht op correlaties tussen eerdere ziekten of behandelingen en de kans op later in hun leven optredende aandoeningen.
- Het belang van nabestaanden bij erfelijke ziekten. Bij steeds meer aandoeningen of condities speelt een erfelijke factor een rol. Familieleden van de patiënt kunnen er dan belang bij hebben om gegevens over eerdere ziektegeschiedenissen in de familie langer te bewaren.
- Wetenschappelijk onderzoek. Door verlenging van de bewaartermijn zijn er meer gegevens over langere tijd beschikbaar.

Daarbij geldt dat de technische ontwikkelingen het hulpverleners eenvoudiger maken om aan de bewaartermijn te voldoen (elektronische patiëntendossiers)¹⁵.

Handeling(en):

- Het bewaren van het medisch dossier vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging heeft plaatsgevonden.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- Zie hiervoor de indicatieve berekening 'Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo'¹⁶ dat is opgenomen als bijlage bij deze regeldruktoets.

4.6 Inzagerecht voor nabestaanden en vertegenwoordigers (7:458a BW)

De voorgenoemen wijzigingen en het effect op de doelgroepen

Als een cliënt komt te overlijden dan kan een nabestaande of een vertegenwoordiger van deze cliënt de hulpverlener verzoeken om inzage te geven in het medisch dossier van de cliënt. De geheimhoudingsplicht van de hulpverlener houdt echter niet op met het overlijden van de cliënt. Zonder uitdrukkelijke gegeven toestemming¹⁷ van de cliënt mag de hulpverlener geen inzage geven in het medisch dossier. Op deze regel bestaat op basis van bestaande jurisprudentie een aantal uitzonderingen. Op grond van de jurisprudentie wordt, als de nabestaande inzage wil in het medisch dossier van een over-

¹³ Voor dit onderwerp heeft Sira Consulting een indicatieve berekening uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS 'Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo' (2015). De resultaten in dit hoofdstuk en navolgende hoofdstukken voor dit onderwerp zijn ontleend aan de resultaten uit deze eerdere studie.

¹⁴ Overigens kan de patiënt verzoeken het dossier langer dan twintig jaar te bewaren.

¹⁵ Bron: Nivel en Nictiz (2014). Op naar meerwaarde: eHealth-monitor 2014.

¹⁶ 'Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo', Sira Consulting i.o.v. het ministerie van VWS (2015)

¹⁷ Artikel 7:457 BW en bijvoorbeeld Hof 's-Hertogenbosch 13 maart 2001, ECLI:NL:GHSHE:2001AB1126, r.o. 4.6

ledene in verband met het vermoeden van een medische fout, inzage verleend als de toestemming van de overleden cliënt verondersteld kan worden en de nabestaande zelf een rechtmatig belang heeft bij inzage¹⁸.

Met de voorgenomen wetswijziging worden er uitzonderingsregels in de wet opgenomen. De regels voor het inzagerecht voor nabestaanden en vertegenwoordigers worden eenvoudiger, overzichtelijker en minder complex. Dit heeft een positieve uitwerking op de beleefde lasten: betrokken partijen (hulpverleners, cliënten en in geval van een juridisch geschil rechters) weten immers beter waar zij aan toe zijn en wanneer er wel of wanneer er geen recht op inzage is.

Voor de regeldruk betekent dit echter dat er extra lasten bij komen. Waar nabestaanden en vertegenwoordigers eerder nog op basis van jurisprudentie in specifieke gevallen recht op inzage kregen, wordt de basis nu de wetgeving. Hierdoor is er volgens de methodiek voor het berekenen van regeldrukeffecten sprake van een toename van lasten.

Handeling(en):

Op basis van openbare informatie van verschillende hulpverleners is een inschatting gemaakt hoe het proces om inzage te verkrijgen er op hoofdlijnen uitziet:

- De nabestaande/vertegenwoordiger download een formulier van de website en vult dit in.
- De nabestaande/ vertegenwoordiger voegt een kopie van het legitimatiebewijs van zichzelf en van de overleden cliënt toe.
- De vertegenwoordiger voegt een bewijs toe van zijn bevoegdheid tot vertegenwoordiging.
- Het ingevulde formulier, inclusief bijlagen, wordt verstuurd naar de hulpverlener.
- De hulpverlener voert intern overleg over het verzoek om inzage.
- De nabestaande/vertegenwoordiger en de hulpverlener maken een afspraak om het dossier in te zien.
- De nabestaande/vertegenwoordiger gaat langs bij de hulpverlener om het dossier in te zien.

Voorafgaand aan deze processtappen is het mogelijk dat een cliënt bij leven gerichte toestemming heeft gegeven voor inzage door een nabestaande of vertegenwoordiger.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

Aan de hand van de standaardhandelingenlijst¹⁹ die wordt toegepast bij de methodiek van het SKM is een inschatting gemaakt van de kosten per handeling voor deze verschillende doelgroepen. De volgende doelgroepen kunnen als vertegenwoordiger optreden:

- 1) de vertegenwoordiger (curator of mentor);
- 2) de schriftelijk gemachtigde;
- 3) de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt, en;
- 4) de ouder, kind, broer of zus van de patiënt²⁰.

De regeldrukeffecten voor professionals (een deel van de curatoren en mentoren) worden conform de methodiek berekend aan de hand van het tarief van € 45, - per uur. De overige verte-

¹⁸ Kamerstukken II, 1989/90, 21561 B, p. 15; zie ook Hof 's-Hertogenbosch 13 maart 2001 ECLI:NL:GHSHE:2001:AB1126 en Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075.

¹⁹ De standaardhandelingenlijst omvat de gemiddelde tijdsbestedingen voor handelingen die bij veel verschillende typen informatieverplichtingen terugkomen. De lijst is gebaseerd op een groot aantal individuele onderzoeken, waaronder de diverse nulmetingen voor administratieve lasten.

²⁰ Artikel 7:465 lid 3 BW

genwoordigers en de nabestaanden zijn burgers. Voor hen worden de regeldrukeffecten berekend aan de hand van een tarief van € 15, - per uur. Voor de hulpverlener geldt een gemiddeld tarief van € 71, - per uur.

Om de overzichtelijkheid te bewaren zijn enkele van eerder genoemde processtappen samengevoegd:

- Het downloaden, invullen en versturen van het formulier:
 - nabestaanden: € 9,75 (39 minuten tegen een tarief van € 15, - p/u);
 - vertegenwoordiger (burger): € 9,75 (39 minuten tegen een tarief van € 15, - p/u);
 - vertegenwoordiger (professional): € 49,50 (1 uur en 6 minuten tegen een tarief van € 45, - p/u).
- Het verlenen van inzage aan nabestaande of vertegenwoordiger:
 - hulpverlener: € 29,58 (25 minuten tegen een tarief van € 71, - p/u).
- Inzage in het dossier (inclusief reistijd):
 - nabestaande: € 12,50 (50 minuten tegen een tarief van € 15, - per uur);
 - vertegenwoordiger (burger): € 12,50 (50 minuten tegen een tarief van € 15, - per uur);
 - vertegenwoordiger (professional): € 48,75 (1 uur en 5 minuten tegen een tarief van € 45, - per uur).
- Het betekent een structurele stijging van de administratieve lasten voor burgers en bedrijven.

5 De omvang van de doelgroep (Q)

De algemene verplichting 'Kennisname' geldt voor alle hulpverleners. De omvang van de doelgroep voor deze verplichtingen wordt uitgelegd in paragraaf 5.1. Voor de overige verplichtingen die wijzigen ('Aantekening van wilsonbekwaamheid' en 'Inzagerecht nabestaanden en vertegenwoordigers'), geldt dat er ook andere factoren van belang zijn om de doelgroep te bepalen. Deze onderwerpen worden nader uitgewerkt in paragraaf 5.2 en 5.3.

5.1 Kennisname

Alle hulpverleners zullen kennis moeten nemen van de voorgenomen wijzigingen in de Wgbo omdat deze gevolgen hebben voor de verplichtingen waaraan zij moeten voldoen. Daarbij zullen alle hulpverleners maatregelen moeten nemen om patiëntendossiers langer te bewaren, ongeacht of zij dossiers fysiek of digitaal opslaan. Voor deze verplichtingen geldt dan ook dat de doelgroep bestaat uit alle hulpverleners die werkzaam zijn in Nederland.

Binnen de doelgroep hulpverleners bestaat grote variatie. Tot de hulpverleners behoren zowel zorgaanbiedende instellingen als solistische hulpverleners. Om een inschatting van de regeldruk te kunnen maken, wordt onderscheid gemaakt tussen drie categorieën:

- Grote instellingen. Zorgverlening in een organisatorisch verband (instellingen) waar meer dan 10 personen werkzaam zijn die zorg verlenen. Het gaat om Zvw/AWBZ/WLZ-zorg, zoals ziekenhuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.
- Kleine instellingen. Zorgverlening in een organisatorisch verband (instellingen) waar tussen de 2 en 10 personen werkzaam zijn die zorg verlenen. Het gaat om groepspraktijken van medici en paramedici, zoals apothekers, tandartsen en huisartsen.
- Solistische hulpverleners. De hulpverlener oefent zijn beroep uit als zelfstandig individu. Het gaat om zzp'ers, zoals psychologen, fysiotherapeuten, verloskundigen, etc.

In de onderstaande tabel zijn de aantallen van de verschillende doelgroepen opgenomen die voor de berekening van de regeldrukeffecten binnen dit thema van belang zijn.

Tabel 1. Omvang doelgroep 'Wijziging van reguleringstaken'

Nr.	Doelgroep	Afbakening	Aantal
1.	Instellingen (groot)	> 10 medewerkers die zorg verlenen	Circa 2.400 ²¹
2.	Instellingen (klein)	2 tot 10 medewerkers die zorg verlenen	Circa 15.400 ²²
3.	Solisten	1 medewerker die zorg verleent	Circa 33.500 ²³
Totaal			Circa 51.300

²¹ Het aantal grote instellingen is gebaseerd op cijfers van het CBS voor 2013 (van latere perioden zijn alleen voorlopige cijfers beschikbaar). Dit aantal is vergelijkbaar met het Jaarverslag 2012 van de NZa uit maart 2013. Voor de volgende SBI-codes, die relevant zijn voor de Wgbo, is gekeken naar het aantal bedrijven met meer dan 10 werkzame personen: 86101 Universitair medische centra; 86102 Algemene ziekenhuizen; 86103 Categorale ziekenhuizen; 86104 Geestelijke zorg met overnachting; 8621 Praktijken van huisartsen; 86221 Praktijken overige specialisten; 86222 Praktijken van psychiaters; 86231 Praktijken van tandartsen; 86232 Praktijken tandheespecialisten; 86911 Praktijken van verloskundigen; 86912 Praktijken van fysiotherapeuten; 86913 Praktijken van psychologen; 86921 Gezondheidscentra; 86925 Ambulancediensten; 8710 Verpleeghuizen; 8720 Huizen verstandelijk gehandicapten; 87301 Huizen lichamelijk gehandicapten; 87302 Verzorgingshuizen; en 88101 Thuiszorg (inclusief verpleging en persoonlijke verzorging, maar exclusief huishoudelijke hulp/verzorging, want ondersteuning valt binnen de reikwijdte van het wetsvoorstel Wmo 2015). Link: <http://bit.ly/1u02Tkp>.

²² Het aantal kleine instellingen is gebaseerd op cijfers van het CBS voor 2013 (zie voetnoot 19 m.b.t. instellingen groot). Voor de categorie kleine instellingen is gekeken naar het aantal bedrijven met 2 tot 10 werkzame personen. Link: <http://bit.ly/1u02Tkp>.

²³ Het aantal solisten is gebaseerd op cijfers van het CBS voor 2013 (zie voetnoot 19 m.b.t. instellingen groot). Voor de categorie solisten is gekeken naar het aantal bedrijven met 1 werkzaam persoon. Link: <http://bit.ly/1u02Tkp>.

5.2 Aantekening wilsonbekwaamheid

Wilsonbekwaamheid volgens de Wgbo

De definitie van wilsonbekwame cliënt die de Wgbo als uitgangspunt neemt, is:

"Cliënten die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is."

Om vast te stellen of een cliënt wilsonbekwaam is, gelden er vier criteria, oplopend in complexiteit²⁴. Als de cliënt voldoet aan alle vier criteria is er sprake van volledige wilsbekwaamheid. Als de cliënt aan geen van de criteria voldoet dan is de cliënt volledig wilsonbekwaam. De criteria zijn:

- kenbaar maken van een keuze;
- begrijpen van relevante informatie;
- beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie;
- logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties.

Wilsonbekwaamheid heeft op basis van deze criteria betrekking op het beslissingsvermogen van een cliënt om een bepaalde keuze in een bepaalde context te maken. Wilsbekwaamheid is dus geen eigenschap van een bepaalde groep personen (bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten). Dit brengt met zich mee dat wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd en kan variëren per beslissings- of handlingsdomein. Als de cliënt op het ene moment wilsonbekwaam is om met een medische beslissing te kunnen instemmen betekent dit niet per definitie dat de cliënt dit op ieder later moment ook is (en vice versa).

Wel geldt dat binnen bepaalde categorieën cliënten, door de ernst en de complexiteit van aandoeningen waar cliënten mee te maken hebben, vaker wilsonbekwaamheid wordt geconstateerd dan bij andere. Dit is bijvoorbeeld het geval bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking. Om deze reden wordt voor het bepalen van de doelgroep voor deze regeldruktoets dan ook aangesloten bij de belangrijkste groepen personen waarbij hulpverleners doorgaans wilsonbekwaamheid vaststellen.

De belangrijkste doelgroepen cliënten

Uit de literatuur²⁵ blijkt dat er met name wilsonbekwaamheid wordt geconstateerd bij de volgende categorieën cliënten: dementerende cliënten (circa 256.000²⁶), mensen met ernstige verstandelijke beperkingen (circa 67.000²⁷) en mensen met schizofrenie (circa 32.000²⁸). In dit onderzoek noemen wij dit de eerste categorie cliënten. Naast deze groep zijn er nog andere categorieën cliënten waarbij wilsonbekwaamheid wordt geconstateerd. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen met een lichte verstandelijke beperking (circa 74.000²⁹), andere psychiatrische problemen zoals borderline of ernstige verslavingsproblematiek (circa 250.000³⁰) en cliënten die te maken hebben met de gevolgen van een beroerte of ander niet-aangeboren hersenletsel (circa 135.800³¹). Dit is de tweede categorie potentiële wilsonbekwamen cliënten.

De *potentiële* doelgroep waarbij sprake is van wilsonbekwaamheid en behoefte aan persoonlijke zorg-vertegenwoordiging wordt dus geraamd op ongeveer 814.800 mensen. Het betreft echter alleen een *potentiële* doelgroep, omdat nog niet gezegd is dat wilsonbekwaamheid ook actueel aanwezig is. Het is namelijk niet zo dat alle mensen die tot de genoemde categorieën behoren, ook feitelijk wilsonbekwaam zijn. Dementie bijvoorbeeld is een progressieve ziekte die verschillende stadia kent met een

²⁴ Bron: 'Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid bijlage 9 WGB0-rapport deel 2', KNMG (2004)

²⁵ Zie ook 'Mentorschap in perspectief', Vilans i.o.v. het ministerie van VWS (2007) p.90.

²⁶ Bronnen: 'Alzheimer Nederland' en 'Nationaal Kompas Volksgezondheid'

²⁷ Bronnen: 'Nationaal Kompas Volksgezondheid' en 'Zorg voor licht verstandelijk gehandicapten' (Panteia i.o.v. VWS 2011).

²⁸ Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid

²⁹ Bronnen: 'Nationaal Kompas Volksgezondheid' en 'Zorg voor licht verstandelijk gehandicapten' (Panteia i.o.v. VWS 2011).

³⁰ Bron: Kenniscentrumphrenos.nl met verwijzing naar Delespaul et al. (2013). Hiervan is ca. 75% in GGz-zorg (incl. verslavingszorg en forensische zorg).

³¹ Aangenomen is dat deze restcategorie van cliënten 20% van het totaal aan wilsonbekwamen personen bedraagt.

toenemende hulpbehoevendheid en een afnemend vermogen tot zelfsturing. En bij mensen met schizofrenie is het onder andere afhankelijk van ziektebesef, sociale competenties en medicatiegetrouwheid in hoeverre ze met hun ziekte kunnen leven en zelf hun leven sturen. In navolging van een eerder uitgevoerd onderzoek³² hebben wij aangenomen dat het aantal wilsonbekwame dementie- en schizofreniecliënten de helft is van de potentiële doelgroep (raming van 128.000 respectievelijk 16.000 cliënten) en het aantal wilsonbekwame mensen met een ernstige verstandelijke beperking gelijk is aan de potentiële doelgroep (raming van 67.000 cliënten). Voor de cliënten in de doelgroepen van de tweede categorie nemen wij aan dat circa 10% wilsonbekwaam is (raming van 7.400 cliënten met een lichte verstandelijke beperking, 25.000 cliënten met overige ernstige psychische problemen en 13.580 overige cliënten). In totaal komt het aantal wilsonbekwame cliënten met een actuele behoefte aan plaatsvervangende vertegenwoordiging neer op circa 256.980 cliënten.

Voor de berekening van regeldrukeffecten geldt als uitgangspunt het aantal keer dat op jaarbasis een aantekening moet worden opgenomen van het oordeel over de wilsonbekwaamheid van zorgcliënten. Dit aantal aantekeningen is niet gelijk aan maar een afgeleide van het absolute aantal wilsonbekwamen omdat niet voor iedere cliënt een nieuw oordeel moet worden gevormd. Wilsonbekwaamheid is immers geen eigenschap van een persoon maar een *contextafhankelijk* begrip. Het hangt af van de situatie of de cliënt op dat moment wilsonbekwaam of wilsonbekwaam wordt geacht voor de specifieke behandeling die de hulpverlener met hem of haar wil bespreken. Het ontbreekt aan gegevens over dit onderwerp, zodat hier noodzakelijkerwijs wordt uitgegaan van een inschatting. In de voorliggende regeldruktoets is aangenomen dat voor het absolute aantal wilsonbekwame cliënten in 50% van de gevallen jaarlijks een oordeel over de wilsonbekwaamheid moet worden gevormd³³.

In de onderstaande tabel zijn de aantallen van de verschillende doelgroepen opgenomen die voor de berekening van de regeldrukeffecten binnen dit thema relevant zijn. Het aantal hulpverleners dat jaarlijks te maken krijgt met een lastenstijging is gelijk aan het aantal aantekeningen van wilsonbekwaamheid (zie: de laatste kolom van onderstaande tabel).

Tabel 2. Omvang doelgroep 'Aantekening wilsonbekwaamheid'

Nr.	Eerste categorie	Cliënten wilsonbekwaam (potentieel)	Cliënten wilsonbekwaam (actueel)	Aantekening wilsonbekwaam (raming)
1.	Dementerende cliënten	Circa 256.000	128.000	64.000
2.	Mensen met ernstige verstandelijke beperkingen	Circa 67.000	67.000	33,500
3.	Mensen met schizofrenie	Circa 32.000	16.000	8,000
Totaal categorie 1		Circa 355.000	211.000	105.500
4.	Mensen met een lichte verstandelijke beperking	Circa 74.000	7.400	3.700
5.	Mensen met een ernstige psychische aandoening	Circa 250.000	25.000	1.200
6.	Overig	Circa 135.800	13.580	6.790
Totaal categorie 2		Circa 459.800	45.980	22.990
Totaal categorie 1 + 2		Circa 814.800	256.980	128.490

³² 'Mentorschap in perspectief', Vilans i.o.v. het ministerie van VWS (2007)

³³ Deze aanname geeft de orde van grote waaraan gedacht moet worden bij het maximale jaarlijkse aantal wilsonbekwame cliënten met een actuele behoefte aan vertegenwoordiging waarbij het binnen de context van het geval noodzakelijk is een aantekening op te nemen in het medisch dossier. Door het contextuele karakter van het begrip 'wilsonbekwaamheid' kan in de praktijk echter blijken dat het exacte aantal afwijkt van het aangenomen percentage en dat het hier een (te) ruime raming betreft. Het ministerie van VWS geeft aan dat zij verwacht dat deze inschatting hoog is en geeft hiervoor meerdere redenen: er zit een zekere overlap in de verschillende categorieën, de wilsonbekwaamheid van patiënten verschilt van moment tot moment en doorgaans wordt wilsonbekwaamheid alleen vastgesteld als niet gewacht kan worden op een heldere periode (conform de richtlijnen).

5.3 Inzagerecht nabestaanden en vertegenwoordigers

De doelgroepen

Het gaat dus om het recht voor nabestaanden en voor vertegenwoordigers die op grond van de voorgenomen wijziging recht op inzage krijgen in het medisch dossier na overlijden van een cliënt.

Op grond van de Wgbo komt een aantal categorieën in aanmerking om als vertegenwoordiger op te treden voor patiënten:

- wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor, benoemd door de rechter);
- schriftelijk gemachtigde (benoemd door de cliënt zelf);
- echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel;
- ouder, kind, broer of zus van de patiënt.

Het is aannemelijk dat de voorkeur voor plaatsvervangende vertegenwoordiging van patiënten uitgaat naar de informele vormen van vertegenwoordiging. Mensen gaan immers bij toenemende afhankelijkheid voor belangrijke beslissingen doorgaans eerst te rade bij de mensen waarmee ze een vriendschappelijke of intieme band onderhouden (familie en vrienden). De formele, wettelijk vastgestelde vertegenwoordiger (mentor, curator) vormt hiermee het uiterste middel³⁴. Voor dit onderzoek is aangenomen dat in 90% van de gevallen sprake is van burgervertegenwoordiging (een mentor uit het affectieve, sociale netwerk van de patiënt, een schriftelijk gemachtigde, een echtgenoot etc.). De overige 10% van de vertegenwoordiging wordt uitgevoerd door professionals (professionele curatoren en professionele mentoren).

Zoals in het voorgaande hoofdstuk (paragraaf 4.6) is aangegeven, wordt voor de regeldrukberekening onderscheid gemaakt tussen de tarieven voor professionals (€ 45, - per uur) en burgers (€ 15, - per uur). Concreet betekent dit dat de extra handelingen die het professionele deel van de curatoren en mentoren moet verrichten tegen het tarief voor professionals worden berekend. De handelingen van de overige categorieën vertegenwoordigers (niet-professionele curatoren/ mentoren, schriftelijk gemachtigden, echtgenoten etc.) worden berekend tegen het tarief voor burgers. Om de regeldrukeffecten te berekenen worden voor dit onderwerp binnen de voorgenomen wetswijziging de volgende categorieën onderscheiden:

- hulpverleners;
- nabestaanden;
- vertegenwoordigers (burgers);
- vertegenwoordigers (professionals).

Gecodificeerde uitzonderingsregels voor inzagerecht

Om de hoogte van de regeldrukeffecten te kunnen berekenen, is het van belang om zicht te hebben op het aantal keer dat nabestaanden en vertegenwoordigers een beroep zullen doen op hun recht op inzage. In de volgende situaties heeft een nabestaande en/of een vertegenwoordiger onder de gecodificeerde uitzonderingsregels recht op inzage:

- 1) *De nabestaande of vertegenwoordiger verkrijgt inzage in het medisch dossier na overlijden als hij een melding van een hulpverlener op grond van de Wkkgz heeft ontvangen van een calamiteit of van geweld van een zorgverlener jegens een cliënt (geweld in de zorgrelatie) als dit heeft geleid tot het overlijden van die cliënt.*

Nabestaanden en vertegenwoordigers worden hiermee in de gelegenheid gesteld om een vermoeden van een medische misser te kunnen onderbouwen door inzage in het medisch dossier. Uit de

³⁴ Zie ook 'Mentorschap in perspectief', Vilans i.o.v. het ministerie van VWS (2007) p.77 en 78.

jaarcijfers³⁵ van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijkt dat de er jaarlijks zo'n 1.030 dergelijke (gewelds- en) calamiteitenmeldingen binnen komen. Het is niet gezegd dat in al deze gevallen ook daadwerkelijk door nabestaanden om inzage van het medisch dossier wordt verzocht. Het is echter op basis van de aard en inhoud van een dergelijke Wkkgz-melding – het gaat immers om een (geweldsincident of) calamiteit in relatie tot de dood van een cliënt – aannemelijk dat in een relatief groot deel van de gevallen wel om inzage zal worden verzocht. Voor dit onderzoek is aangenomen dat 90% van de meldingen die jaarlijks bij IGZ binnen komen aanleiding geeft tot een verzoek om inzage van nabestaande of vertegenwoordiger.

- 2) *Als de nabestaande of vertegenwoordiger een zwaarwegend belang heeft bij de inzage en er voldoende concrete aanwijzingen zijn dat dit belang wordt geschaad en opheldering niet op andere wijze kan worden verkregen.*

Uit de jurisprudentie blijkt dat zwaarwegend belang niet snel mag worden aangenomen. Hieronder vallen financiële belangen die gaan over het aanvechten van een rechtshandeling, verricht door een inmiddels overleden patiënt die wilsonbekwaam was ten tijde van het verrichten van die rechtshandeling. Tot noch toe gaat het uitsluitend om het aanvechten van testamenten die zijn opgesteld door inmiddels overleden patiënten die ten tijde van het opmaken van het testament wilsonbekwaam waren. Er moeten dan wel zwaarwegende aanwijzingen zijn waaruit deze wilsonbekwaamheid blijkt³⁶. Het aantal keer dat inzagerecht op grond van deze bepaling zal worden toegekend, is daarmee beperkt. Voor de berekening van de lasten in hoofdstuk 6 is voor dit onderzoek aangenomen dat er jaarlijks 10 keer een beroep zal worden gedaan op deze bepaling.

- 3) *De vertegenwoordiger (de curator of mentor) verkrijgt inzagerecht als hij aantoont dat hij aansprakelijk wordt gesteld op grond van een onrechtmatige daad of dat een klacht tegen hem is ingediend bij de kantonrechter en hij alleen door inzage in het medisch dossier van de overledene kan aantonen dat hij de zorg van een goed vertegenwoordiger heeft betracht.*

De wettelijke vertegenwoordiger verkrijgt hiermee het recht op inzage in het geval er tegen hem een klacht wordt ingediend of dat hij aansprakelijk wordt gesteld. De bepaling verankert het inzagerecht voor vertegenwoordigers die aansprakelijk worden gesteld of waartegen een klacht wordt ingediend. Ook hiervoor geldt dat, gelijk aan de vorige bepaling, op basis van de openbare informatie over vergelijkbare gevallen aangenomen kan worden dat er slechts in enkele, uitzonderlijke situaties hier een beroep op zal worden gedaan. Voor de berekening van de lasten in hoofdstuk 6 is voor dit onderzoek aangenomen dat er jaarlijks 10 keer een beroep zal worden gedaan op deze bepaling.

- 4) *Inzagerecht voor ouders*

Op basis van de verantwoordelijkheid bij leven die ouders hebben over hun kinderen wordt hen met de voorgenomen wetswijziging een verruimd inzagerecht verleend. Dit stelt hen in staat om bij het vermoeden van een medische misser of wanneer de toedracht van het overlijden aanleiding geeft tot twijfel over de doodsoorzaak (met name in geval van suïcide), inzage te krijgen in het medisch dossier van hun kind. Om een raming van de regeldrukeffecten te kunnen geven, is het van belang dat rekening wordt gehouden met het aantal keer dat een ouder daadwerkelijk gebruik maakt van het recht om het medisch dossier van het overleden kind in te zien. Om deze reden wordt voor deze regeldrukberekening rekening gehouden met een acceptatiegraad en de mate waarin ouders twijfel hebben over de verleende zorg of de gegeven toedracht van overlijden. In onderstaand tekstkader wordt dit verder toegelicht.

³⁵ Jaarbeeld 2013, IGZ. Op basis van deze informatie en andere beschikbare informatie mag worden aangenomen dat het hierbij vooral gaat om melding m.b.t. calamiteiten. Het aantal geweldincidenten waarbij cliënten overlijden is beperkt.

³⁶ Hoge Raad 20 april 2001, ECLI:NL:HR2001:AB1201.

Acceptatiegraad

In principe heeft iedereen in Nederland een huisarts en daarmee een behandelingsovereenkomst gesloten met een hulpverlener. Dit geldt dus ook voor kinderen in iedere leeftijdscategorie. Op grond van artikel 7:454 lid 1 BW is de hulpverlener verplicht om een dossier in te richten voor iedere cliënt, dus ook voor kinderen. Het aantal keer dat een beroep wordt gedaan door ouders op het inzagerecht is daarmee in potentie gelijk aan het aantal jeugdigen dat jaarlijks overlijdt. Alle overleden kinderen hebben immers een medisch dossier.

Ouders zullen met name een beroep doen op het inzagerecht wanneer zij twijfelen over de kwaliteit van verleende zorg of de toedracht van het overlijden. Het aantal keer dat daadwerkelijk een beroep wordt gedaan op het inzagerecht door ouders na het overlijden van hun kind, is dan ook afhankelijk van hun acceptatie over de verleende zorg of de gegeven toedracht van overlijden. De mate waarin het zorgproces dat is uitgevoerd of de verklaring over de doodsoorzaak door ouders wordt geaccepteerd, noemen wij hier de acceptatiegraad. Voor dit onderzoek nemen wij aan dat er een acceptatiegraad is van 90%. Dit wil zeggen dat in 10% van de sterftegevallen bij kinderen op grond van het vermoeden van een medische misser een beroep wordt gedaan op het inzagerecht³⁷. Voor de ouders van kinderen die suïcide plegen, is aangenomen dat de acceptatiegraad 50% is. Dit wil zeggen dat voor dit onderzoek is aangenomen dat in de helft van alle gevallen dat een kind door suïcide in de context van de zorgverlening om het leven komt een beroep op inzage wordt gedaan door de ouder(s)³⁸.

In hoofdstuk 6 van deze rapportage worden de regeldrukeffecten uitgedrukt aan de hand van de volgende drie scenario's.

A. *Ouders waarvan de kinderen onder de 12 jaar oud waren krijgen inzagerecht in het medisch dossier na het overlijden van hun kind.*

Jaarlijks overlijden er 837 kinderen onder de 12 jaar waarvan 2 door suïcide³⁹. Rekening houdend met de acceptatiegraad van 80% betekent dit dat er in dit scenario jaarlijks 169 keer door ouders van overleden kinderen een beroep wordt gedaan op het inzagerecht.

B. *Ouders waarvan de kinderen onder de 16 jaar oud waren krijgen inzagerecht na overlijden.*

Op basis van de beschikbare gegevens van het CBS is aangenomen dat er jaarlijks ongeveer 896 cliënten in deze leeftijdscategorie overlijden. Rekening houdend met een acceptatiegraad van 80% betekent dit dat in scenario B 179 keer door ouders van overleden kinderen een beroep wordt gedaan op het inzagerecht.

C. *Ouders waarvan de kinderen onder de 16 jaar oud waren krijgen inzagerecht na overlijden inclusief de ouders van kinderen in de leeftijd van 16 en 17 jaar die wilsonbekwaam zijn.*

Op basis van de beschikbare gegevens van het CBS is aangenomen dat er jaarlijks ongeveer 84 cliënten in de leeftijdscategorie 16-17 jaar komen te overlijden waarvan 20 door suïcide. Inzagerecht geldt echter expliciet voor ouders van kinderen die *wilsonbekwaam* zijn.

³⁷ Hierbij zijn inbegrepen de gevallen waarbij een kind komt te overlijden en er sprake is van een Wkkgz-melding zoals omschreven op pagina 24 en 25. In dergelijke gevallen zullen nabestaanden, zoals eerder aangegeven, relatief vaak een beroep doen op het inzagerecht. Gelet op het totale aantal Wkkgz-meldingen die betrekking hebben op een patiënt of cliënt die is overleden (1.030) zal het aantal Wkkgz-meldingen met betrekking tot overleden kinderen beperkt zijn. Verondersteld kan worden dat deze gevallen met het percentage van 10% worden ondervangen.

³⁸ Aangenomen is er in geval van suïcide altijd een vermoeden is van een medische misser in de verleende ggz, omdat de patiënt is overleden.

³⁹ Bron: Cijfers van het CBS voor 2013.

In paragraaf 5.2 is geconstateerd dat het totale aantal wilsonbekwamen met een actuele behoefte aan plaatsvervangende vertegenwoordiging bij benadering 256.000 cliënten bedraagt waarvan de helft bestaat uit dementiepatiënten (een ziekte die vooral bij ouderen voorkomt). Het aantal wilsonbekwame cliënten bedraagt hiermee ongeveer 1,5% van de totale Nederlandse bevolking, dementiecliënten niet meegerekend 0,8%. Op basis van dit percentage is het aannemelijk dat in de leeftijdscategorie 16 tot en met 17 jaar hooguit in enkele gevallen per jaar op basis van deze uitzonderingsregel een beroep zal worden gedaan op het inzage-recht.

Voor de regeldrukberkening is het aantal jongeren dat jaarlijks overlijdt door suïcide voor dit scenario als uitgangspunt genomen (20). Zoals ook in paragraaf 5.2 is verwoord, is de groep mensen met ernstige psychische problemen een belangrijke doelgroep waarbij wilsonbekwaamheid wordt geconstateerd. Opgeteld bij het aantal overleden cliënten in de leeftijdscategorie tot 16 jaar komt het neer op 205 ouders van overleden cliënten en evenveel hulpverleners per jaar.

Voor de berekening van de regeldrukeffecten in het volgende hoofdstuk zijn de verschillende scenario's kwantitatief uitgewerkt.

In de onderstaande tabel zijn de aantallen van de verschillende doelgroepen opgenomen die voor de berekening van de regeldrukeffecten binnen dit thema relevant zijn.

Tabel 3. Omvang doelgroep 'Inzagerecht nabestaanden en vertegenwoordigers'

Nr.	Doelgroep	Hulpverleners	Nabestaanden	Vertegenwoordigers (burger)	Vertegenwoordigers (prof.)
1.	Inzage o.g.v. aantal Wkkgz-meldingen*	100%	50%	45%	5%
		1.030	515	464	52
2.	Inzage o.g.v. zwaarwegend belang*	100%	50%	45%	5%
		10	5	4	1
3.	Inzage o.g.v. aansprakelijkheid/ klacht	100%	-	90%	10%
		10	-	9	1
4.	Inzagerecht ouders	100%	100%	-	-
	Scenario A: Overleden kinderen 0 t/m 11	85	85	-	-
	Scenario B: Overleden kinderen 0 t/m 15	92	92	-	-
	Scenario C: Overleden kinderen 0 t/m 15, incl. wilsonbekwame kinderen 16 en 17	102	102	-	-
Totaal scenario A		1.135	605	477	54
Totaal scenario B⁴⁰		1.142	612	477	54
Totaal scenario C		1.152	622	477	54

* Op basis van deze gronden kunnen zowel vertegenwoordigers als nabestaanden recht op inzage krijgen. Voor deze regeldruktoets is aangenomen dat er sprake is van een evenredige verdeling tussen deze twee categorieën.

⁴⁰ Ten tijde van het opstellen van deze rapportage ziet het er naar uit dat voor scenario B zal worden gekozen, met dien verstande dat ouders van kinderen van 16 en 17 jaar op grond van uitzondering a (melding o.g.v. Wkkgz) ook inzage kunnen krijgen.

6 De regeldrukeffecten (P*Q)

In dit hoofdstuk zetten wij uiteen wat de regeldrukeffecten zijn aan de hand van de berekeningen met het SKM.

6.1 Kennisname

Algemeen

Gewijzigde handeling(en):

- Het kennisnemen van nieuwe en/of gewijzigde wet- en regelgeving.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- € 23.

Q (omvang van de doelgroep en frequentie):

- 33.500 (solisten);
- 15.400 (kleine instellingen);
- 2.400 (grote instellingen).

PxQ (totale lasten):

- € 1.154.300, verdeeld over de volgende doelgroepen:
 - € 753.800 (solisten);
 - € 346.500 (kleine instellingen);
 - € 54.000 (grote instellingen).
- Het gaat hierbij om een initiële stijging van administratieve lasten.

6.2 Aantekening wilsonbekwaamheid

Gewijzigde handeling(en):

- Het, indien van toepassing, vastleggen in het medisch dossier van het oordeel van wilsonbekwaamheid, de naam van de vertegenwoordiger, de wijze van oordeelsvorming en het tijdstip en moment van evaluatie.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- € 2,37 (aantekening in medisch dossier).

Q (omvang van de doelgroep en frequentie):

- 128.490 hulpverleners.

PxQ (totale lasten):

- € 304.100;
- Het gaat hierbij om een structurele stijging van administratieve lasten.

6.3 Verlenging bewaartermijn

Gewijzigde handeling(en):

- Het bewaren van het medisch dossier vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging heeft plaatsgevonden.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- Zie hiervoor de indicatieve berekening '*Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo*⁴¹' dat is opgenomen als bijlage bij deze regeldruktoets.

6.4 Inzagerecht nabestaanden en vertegenwoordigers

Scenario A: Ouders waarvan de kinderen onder de 12 jaar oud waren krijgen inzagerecht in het medisch dossier na het overlijden van hun kind.

Gewijzigde handeling(en):

- het downloaden, invullen en versturen van het formulier;
- het verlenen van inzage aan nabestaande of vertegenwoordiger, incl. intern overleg;
- inzage in het dossier, inclusief reistijd.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- Het downloaden, invullen en versturen van het formulier:
 - nabestaanden: € 9,75;
 - vertegenwoordiger (burger): € 9,75;
 - vertegenwoordiger (professional): € 49,50.
- Het verlenen van inzage aan nabestaande of vertegenwoordiger, incl. intern overleg:
 - hulpverlener: € 29,58.
- Inzage in het dossier (inclusief reistijd):
 - nabestaande: € 12,50;
 - vertegenwoordiger (burger): € 12,50;
 - vertegenwoordiger (professional): € 48,75.

Q (omvang van de doelgroep en frequentie):

- 1.135 hulpverleners;
- 605 nabestaanden;
- 477 vertegenwoordigers (burgers);
- 54 vertegenwoordigers (professionals).

PxQ (totale lasten):

- € 63.500
 - € 33.600 voor hulpverleners;
 - € 13.800 voor nabestaanden;

⁴¹ '*Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo*', Sira Consulting i.o.v. het ministerie van VWS (2015)

- € 10.900 voor vertegenwoordigers (burger);
- € 5.200 voor vertegenwoordigers (professional).
- Het gaat hierbij om een structurele stijging van administratieve lasten.

Scenario B: Ouders waarvan de kinderen onder de 16 jaar oud waren krijgen inzagerecht in het medisch dossier na het overlijden van hun kind.

Gewijzigde handeling(en):

- het downloaden, invullen en versturen van het formulier;
- het verlenen van inzage aan nabestaande of vertegenwoordiger, incl. intern overleg;
- inzage in het dossier, inclusief reistijd.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- Het downloaden, invullen en versturen van het formulier:
 - nabestaanden: € 9,75;
 - vertegenwoordiger (burger): € 9,75;
 - vertegenwoordiger (professional): € 49,50.
- Het verlenen van inzage aan nabestaande of vertegenwoordiger, incl. intern overleg:
 - hulpverlener: € 29,58.
- Inzage in het dossier (inclusief reistijd):
 - nabestaande: € 12,50;
 - vertegenwoordiger (burger): € 12,50;
 - vertegenwoordiger (professional): € 48,75.

Q (omvang van de doelgroep en frequentie):

- 1.142 hulpverleners;
- 612 nabestaanden;
- 477 vertegenwoordigers (burgers);
- 54 vertegenwoordigers (professionals).

PxQ (totale lasten):

- € 63.900
 - € 33.800 voor hulpverleners;
 - € 14.000 voor nabestaanden;
 - € 10.900 voor vertegenwoordigers (burger);
 - € 5.200 voor vertegenwoordigers (professional).
- Het gaat hierbij om een structurele stijging van administratieve lasten.

Scenario C: Ouders waarvan de kinderen onder de 16 jaar waren krijgen inzagerecht na overlijden inclusief de ouders van kinderen in de leeftijd 16 en 17 jaar die wilsonbekwaam zijn.

Gewijzigde handeling(en):

- het downloaden, invullen en versturen van het formulier;
- het verlenen van inzage aan nabestaande of vertegenwoordiger, incl. intern overleg;
- inzage in het dossier, inclusief reistijd.

P (de gewijzigde kosten per handeling):

- Het downloaden, invullen en versturen van het formulier:
 - nabestaanden: € 9,75;
 - vertegenwoordiger (burger): € 9,75;
 - vertegenwoordiger (professional): € 49,50.
- Het verlenen van inzage aan nabestaande of vertegenwoordiger, incl. intern overleg:
 - hulpverlener: € 29,58.
- Inzage in het dossier (inclusief reistijd):
 - nabestaande: € 12,50;
 - vertegenwoordiger (burger): € 12,50;
 - vertegenwoordiger (professional): € 48,75.

Q (omvang van de doelgroep en frequentie):

- 1.152 hulpverleners;
- 622 nabestaanden;
- 477 vertegenwoordigers (burgers);
- 54 vertegenwoordigers (professionals).

PxQ (totale lasten):

- € 64.500
 - € 34.100 voor hulpverleners;
 - € 14.300 voor nabestaanden;
 - € 10.900 voor vertegenwoordigers (burger);
 - € 5.200 voor vertegenwoordigers (professional).
- Het gaat hierbij om een structurele stijging van administratieve lasten.

7 Conclusies

Uit de regeldruktoets voor de wijziging van de Wgbo komt naar voren dat de wijziging leidt tot een totale initiële lastenstijging van ongeveer **€ 1.154.300** voor hulpverleners.

De stijging van structurele lasten is afhankelijk van het scenario voor het inzagerecht van ouders:

- Scenario A (Inzagerecht voor ouders van overleden kinderen tot 12 jaar) **€ 1.650.970** waarvan:
 - € 24.700 voor burgers (nabestaanden en niet-professionele vertegenwoordigers);
 - € 1.626.270 voor bedrijven (hulpverleners en professionele vertegenwoordigers).
- Scenario B (Inzagerecht voor ouders van overleden kinderen tot 16 jaar) **€ 1.651.370** waarvan:
 - € 24.900 voor burgers (nabestaanden en niet-professionele vertegenwoordigers);
 - € 1.626.470 voor bedrijven (hulpverleners en professionele vertegenwoordigers).
- Scenario C (ouders van overleden kinderen tot 16 jaar en van overleden wilsonbekwame kinderen van 16 en 17 jaar) **€ 1.651.970** waarvan:
 - € 25.200 voor burgers (nabestaanden en niet-professionele vertegenwoordigers);
 - € 1.626.770 voor bedrijven (hulpverleners en professionele vertegenwoordigers).

De verplichtingen met regeldrukeffecten als gevolg van de wijziging van de Wgbo zijn:

- Kennisname. Hulpverleners moeten kennisnemen van de wijziging van de Wgbo, zodat zij weten aan welke verplichtingen zij moeten voldoen.
- Aantekening wilsonbekwaamheid van cliënten. Hulpverleners moeten een aantekening opnemen in het medisch dossier maakt van zijn oordeel dat zijn patiënt geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam is. Daarbij dient de hulpverlener ook aan te geven op welke wijze hij tot dit oordeel is gekomen en het tijdstip en moment van evaluatie daarvan.
- Verlenging van de bewaartermijnen. De bewaartermijn voor medische patiëntendossiers wordt verlengd van 15 naar 20 jaar.
- Inzagerecht voor nabestaanden en vertegenwoordigers. De uitzonderingsregels die gelden op grond van de jurisprudentie worden opgenomen in de Wgbo.

De regeldrukgevolgen zijn als volgt opgebouwd:

- Kennisname: **€ 1.154.300** aan initiële AL voor hulpverleners.
- Aantekening wilsonbekwaamheid: **€ 304.100** aan structurele AL voor hulpverleners.
- Verlenging van de bewaartermijnen: **€ 1.283.370** aan structurele AL voor hulpverleners.
- Inzagerecht voor nabestaanden en vertegenwoordigers:
 - Scenario A: **€ 63.500** aan structurele AL:
 - o € 24.700 voor burgers (nabestaanden en niet-professionele vertegenwoordigers);
 - o € 38.800 voor bedrijven (hulpverleners en professionele vertegenwoordigers).
 - Scenario B: **€ 63.900** aan structurele AL:
 - o € 24.900 voor burgers (nabestaanden en niet-professionele vertegenwoordigers);
 - o € 39.000 voor bedrijven (hulpverleners en professionele vertegenwoordigers).
 - Scenario C: **€ 64.500** aan structurele AL:
 - o € 25.200 voor burgers (nabestaanden en niet-professionele vertegenwoordigers);
 - o € 39.300 voor bedrijven (hulpverleners en professionele vertegenwoordigers).

Bijlagen bij rapportage:

Regeldruktoets concept wijziging Wgbo

I Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo

33

I Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo

De informatie over de lasteneffecten door de verlenging van de bewaartermijn voor medische dossiers in deze rapportage is afkomstig uit de indicatieve berekening die Sira Consulting eerder heeft uitgevoerd. Voor de volledigheid is deze indicatieve berekening als bijlage bijgevoegd bij deze regeldruktoets.

Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo

Raming van de administratieve lasten bij verlenging
van bewaartermijnen voor cliëntendossiers

Raming lasteneffecten verlenging bewaartermijnen Wgbo

Raming van de administratieve lasten bij verlenging
van bewaartermijnen voor cliëntendossiers

Raming opgesteld i.o.v. het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en begeleid door:
Mw. Catharine Crum
Dhr. Peter de Groot
Dhr. Floor Pronk

Sira Consulting

Nieuwegein 26 maart 2015

Auteurs

Dhr. Joey van den Hurk

Mw. Carla Buil

Sira Consulting B.V. is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze rapportage. De in deze rapportage opgenomen teksten en onderzoeksresultaten mogen uitsluitend worden gebruikt als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm ook, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Sira Consulting B.V.. Sira Consulting B.V. aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	De Wgbo en het bewaren en digitaliseren van dossiers	5
3	Berekeningswijze	6
4	Terugblik Wcz meting	7
5	Actualiseren en bijstellen Q	8
6	Actualiseren en bijstellen van de P	9
7	Kosten voor het verlengen van de bewaartermijnen Wgbo (P*Q)	11
8	Alternatieve berekening	13
9	Conclusies	14

1 Inleiding

Het ministerie van VWS heeft aan Sira Consulting gevraagd om op basis van een beperkt bureauonderzoek een *inschatting* te maken van de administratieve lasten van de *verlenging van de bewaartermijnen voor cliëntendossiers*.

De verplichting om cliëntendossiers aan te maken is opgenomen in Burgerlijk Wetboek Boek 7 Artikel 446. De administratieve lasten voortkomend uit deze verplichting zijn opgenomen in de nulmeting van het ministerie van V&J (BW Boek 7 Opdracht geneeskundige behandeling).

De bewaartermijnen voor cliëntendossiers worden echter geregeld in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo). De administratieve lasten voortkomend uit het verlengen van bewaartermijnen vallen daardoor onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS.

In de voorliggende rapportage is onze *raming* van de lasteneffecten nader uitgewerkt. Bij de berekening van de effecten van verlenging van de bewaartermijnen zijn 3 scenario's gehanteerd, namelijk het verlengen van de huidige bewaartermijn van 15 jaar naar 20, 25 en 30 jaar. Daarnaast hebben wij bij het inschatten van de administratieve lasten voor zorgaanbieders rekening gehouden met de digitalisering van patiëntendossiers.

2 De Wgbo en het bewaren en digitaliseren van dossiers

De Wgbo beschrijft de rechten en plichten van cliënten in de zorg. Deze wet bevat onder andere bepalingen over het recht van cliënten op informatie over de medische situatie en nadere invulling van de verplichting voor zorgverleners om een dossier in te richten met betrekking tot de geneeskundige behandeling van de patiënt (conform BW 7 Artikel 446). Een van de onderdelen van deze laatste verplichting betreft de bewaartermijn van het dossier.

De Wgbo verplicht een hulpverlener het patiëntendossier (incl. de daarin opgenomen stukken) gedurende 15 jaar te bewaren. De bewaartermijn begint te lopen vanaf het moment waarop dat gegeven is vervaardigd, met andere woorden vanaf het moment dat een gegeven is opgenomen in het dossier. Een hulpverlener kan ook bepalen om het dossier langer te bewaren, namelijk 'zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit'. Deze toevoeging is met name van belang voor langdurige of terugkerende zorg. Na het verloop van de bewaartermijn van 15 jaar (of langer) is de zorgverlener verplicht de cliëntengegevens te vernietigen.

De Wgbo stelt geen eisen over de manier waarop een dossier moet worden ingericht of vorm worden gegeven. De mogelijkheid bestaat daarom om een elektronisch patiëntendossier op te stellen of een bestaand papierendossier te digitaliseren. Bij het digitaliseren van een dossier hoeft de originele, papieren versie niet bewaard te worden. Wel moet bij het digitaliseren van dossiers geen twijfel veroorzaakt worden over de authenticiteit van de gescande documenten. Daarnaast moeten patiënten de gedigitaliseerde gegevens kunnen inzien, aangezien het recht op inzage in het medische dossier ook geldt voor digitale dossiers.

3 Berekeningswijze

De kosten die voortvloeien uit een verlenging van de bewaartermijnen gelden als administratieve lasten (AL). Dit zijn de kosten voor het bedrijfsleven en burgers om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Onze inschatting van de administratieve lasten is gebaseerd op de standaard rekenmethodiek die door het Rijk gehanteerd wordt voor het bepalen van regeldruk, het zogenaamde Standaardkostenmodel (SKM). In deze rijksbreed gehanteerde methodiek worden de kosten van een handeling, dienst of product (P) vermenigvuldigd met het aantal burgers, bedrijven of overheidsorganisaties (Q) waarop deze van toepassing is (PxQ).

Voor de berekening van de lasten voor de verlenging van de bewaartermijnen betekent dit het volgende: P zijn de kosten per zorgaanbieder voor het bewaren van patiëntendossiers en Q zijn het aantal zorgaanbieders die te maken hebben met deze verplichting. Bij de berekening maken wij bovendien een onderscheid tussen de kosten die grote instellingen, kleine instellingen en solisten maken voor het bewaren van patiëntendossiers. De voornaamste reden voor het verschil in kosten tussen deze categorieën zorgaanbieders is het aantal patiënten en daardoor ook het aantal dossiers dat zij moeten bewaren.

4 Terugblik Wcz meting

De basis voor het berekenen van de kosten van een verlenging van de bewaartermijnen is gelegd in de berekening opgenomen in de regeldrukmeting voor de Wcz in 2009. In deze regeldrukmeting is een inschatting gemaakt van de administratieve lasten die gemoed zijn met het verlengen van de bewaartermijn van 15 jaar naar 30 jaar. Bij deze inschatting is gekeken naar de kosten van de papieren opslag van patiëntendossiers. Dit betekent dat per type zorgaanbieder de kosten voor het jaarlijks huren, inrichten en bijhouden van ruimten zijn berekend.

Per doelgroep werden de volgende kosten voor het jaarlijks huren, inrichten en bijhouden van ruimten geraamd:

- Grote instellingen: €15.000 per instelling per jaar (P).
 - Uitgaande van 2.595 (Q) grote instellingen werden de totale kosten voor deze groep geraamd op $15.000 \times 2.595 = \text{€}39$ miljoen per jaar.
- Kleine instellingen: €225 per instelling per jaar (P).
 - Kleine instellingen hebben gemiddeld 5 uur nodig per jaar voor het inrichten en bijhouden van een ruimte. Met een uurtarief van €45 komt het jaarbedrag voor een kleine instelling uit op €225. Uitgaande van 15.041 (Q) kleine instellingen werd het totale bedrag voor deze groep geraamd op $225 \times 15.041 = \text{€}3,4$ miljoen per jaar.
- Solisten: €45 per solist per jaar (P).
 - Solistisch werkende zorginstellingen hebben gemiddeld 1 uur nodig per jaar voor het inrichten en bijhouden van een ruimte. Met een uurtarief van €45 komen de kosten per solist uit op €45. Uitgaande van 10.028 (Q) solisten werd het totale bedrag voor deze groep geraamd $45 \times 10.028 = \text{€}450.000$.

De totale administratieve lasten voor het verlengen van de bewaartermijn naar **30 jaar** werden hiermee geraamd op € 42,6 miljoen per jaar.

5 Actualiseren en bijstellen Q

Voor de lastenberekening van een verlenging van de bewaartermijnen is het noodzakelijk om de berekening in de regeldrukmeting voor de Wcz in 2009 te actualiseren en bij te stellen. Ten eerste is het aantal zorgaanbieders sinds de regeldrukmeting in 2009 veranderd, waardoor de Q in de berekening verandert. Ten tweede moet de P bijgesteld worden. Deze paragraaf richt zich alleen op de actualisering van de Q. De bijstelling van de P lichten wij toe in de volgende paragraaf.

De actualisering van de Q is gebaseerd op cijfers van het CBS voor 2013 en komt overeen met de aantallen die zijn gebruikt in de regeldruktoets voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In onderstaande tabel zijn het aantal zorgaanbieders per categorie weergegeven. Hierbij zijn ook de aantallen van de regeldrukmeting Wcz opgenomen om het verschil in de Q duidelijk te maken. Voor de categorie grote instellingen zijn alle relevante¹ instellingen meegenomen met meer dan 10 werkzame personen. Voor de categorie kleine instellingen is gekeken naar het aantal relevante bedrijven met 2 tot 10 werkzame personen en voor de categorie solisten naar het aantal bedrijven met 1 werkzaam persoon.

Tabel 1. Aantal zorgaanbieders per categorie

Categorie	Aantal zorgaanbieders Wcz	Aantal zorgaanbieders huidig	Vershil
Grote instellingen	2.595	Circa 2.400	-195
Kleine instellingen	15.041	Circa 15.400	+359
Solisten	10.028	Circa 33.500	+23.472

¹ De volgende SBI-codes zijn meegenomen: 86101 Universitair medische centra; 86102 Algemene ziekenhuizen; 86103 Categorale ziekenhuizen; 86104 Geestelijke zorg met overnachting; 8621 Praktijken van huisartsen; 86221 Praktijken overige specialisten; 86222 Praktijken van psychiaters; 86231 Praktijken van tandartsen; 86232 Praktijken tandheelspecialisten; 86911 Praktijken van verloskundigen; 86912 Praktijken van fysiotherapeuten; 86913 Praktijken van psychologen; 86921 Gezondheidscentra; 86925 Ambulancediensten; 8710 Verpleeghuizen; 8720 Huizen verstandelijk gehandicapten; 87301 Huizen lichamelijk gehandicapten; 87302 Verzorgingshuizen; en 88101 Thuiszorg (inclusief verpleging en persoonlijke verzorging, maar exclusief huishoudelijke hulp/verzorging, want ondersteuning valt binnen de reikwijdte van het wetsvoorstel Wmo 2015). Link: <http://bit.ly/1u02Tkp>.

6 Actualiseren en bijstellen van de P

Naast de Q moet ook de P geactualiseerd en bijgesteld worden voor het berekenen van de verlenging van de bewaartermijnen. Hiervoor zijn twee redenen te noemen. Ten eerste werd in de regeldrukmeting Wcz ervan uitgegaan dat patiëntendossiers als papieren versie werden opgeslagen, terwijl het tegenwoordig steeds gebruikelijker is om elektronische dossiers te gebruiken. Ten tweede heeft de lengte van de bewaartermijn invloed op de hoogte van de kosten voor het bewaren van dossiers. Hieronder zijn beide effecten op de P kwalitatief toegelicht. De P die wij hanteren voor het berekenen van de verlenging van de bewaartermijn is uitgewerkt in paragraaf 7.

6.1 Effect van digitalisering op P

Een eerste variabele die effect heeft op de P, is de adoptiegraad van de digitalisering van patiëntendossiers. Bij elektronische dossiers gelden geen kosten meer voor de opslag van de dossiers op een fysieke locatie. Wel maakt een zorgaanbieder kosten voor de hardware ('storage') en software (licenties en onderhoud). De samenstelling van de kosten is daarom anders bij elektronische dossiers vergeleken met papieren dossiers.

Bij het berekenen van de lastenverlaging door de digitalisering van patiëntendossiers moet rekening worden gehouden met de adoptiegraad van digitale of elektronische patiëntendossiers. Uit een onderzoek van NIVEL en Nictiz uit 2014² blijkt dat veel zorgverleners gebruikmaken van een elektronisch patiëntendossier. Er zijn echter grote verschillen in het gebruik tussen de diverse zorgverleners. Hieronder is een overzicht opgenomen van het percentage zorgverleners dat uitsluitend of voornamelijk het patiëntendossier elektronisch bijhoudt:

- Medisch specialisten: 75%
- Psychiaters: 87%
- Huisartsen: 98%
- Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners:
- In de cure: 79%
- In de care: 31%

Op basis van de gegevens uit bovenstaand onderzoek hebben wij voor elke categorie zorgaanbieders inschattingen gemaakt voor de adoptiegraad voor digitale/elektronische dossiers. Voor grote instellingen zijn wij uitgegaan van een adoptiegraad van 79% in de cure en 31% in de care. Er zijn circa 1000 zorgaanbieders in de cure en 1400 in de care. Voor deze adoptiegraden zijn wij uitgegaan van de percentages voor verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners in de cure en care. Veel medisch specialisten en psychiaters vallen ook onder de categorie grote instellingen. Aangezien de percentages voor deze zorgverleners rond de 79% liggen, dat geldt voor de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners in de cure, lijkt de 79% een betrouwbare weergave voor de gehele cure.

Voor kleine instellingen en solisten zijn wij uitgegaan van een adoptiegraad van elektronische dossiers van 90%. Onder beide categorieën instellingen vallen namelijk bijna alle huisartsen, van wie volgens het onderzoek van Nivel en Nictiz 98% uitsluitend of voornamelijk gebruik maakt van een elektronisch dossier. Onze inschatting is dat ook onder de andere bedrijfstakken die voornamelijk voorkomen in de categorieën kleine instellingen en solisten vallen, waaronder psychologen, fysiotherapeuten en tandartsen, de digitalisering ver is doorgevoerd.

6.2 Effect van bewaartermijnen op P

Een tweede variabele die effect heeft op de P is de lengte van de bewaartermijnen die gelden voor de patiëntendossiers. In de huidige wetgeving geldt een verplichte termijn van 15 jaar. Voor deze oplegnotitie hebben wij gekeken naar de invloed van drie verschillende lengtes op de P, namelijk een verlenging van de bewaartermijn naar **20 jaar** (scenario 1), **25 jaar** (scenario 2) en **30 jaar** (scenario 3). De reden dat de lengte van de bewaartermijn effect heeft op de kosten voor het bewaren van dossiers is dat de hoeveelheid gegevens die men moet opslaan toeneemt. Bij het verlengen van de bewaartermijn neemt dus het volume toe van de gegevens die een zorgaanbieder moet bewaren.

De lengte van de bewaartermijnen heeft wel een interactie-effect met de variabele digitalisering. Wanneer het volume van papieren dossiers toeneemt, moet een zorgaanbieder niet alleen meer ruimte reserveren voor de opslag van de gegevens, maar nemen ook de kosten toe voor het beheer van de gegevens. Het organiseren van een grotere hoeveelheid gegevens is namelijk complexer. Bij digitale patiëntendossiers heeft de lengte van de bewaartermijnen echter nauwelijks invloed op de administratieve lasten voor een zorgaanbieder. Het langer bewaren van een digitaal bestand vereist waarschijnlijk alleen een verhoging van de digitale opslagcapaciteit, waarvoor de kosten beperkt zijn.

² Bron: Nivel en Nictiz (2014). Op naar meerwaarde: eHealth-monitor 2014.

7 Kosten voor het verlengen van de bewaartermijnen Wgbo (P*Q)

Een actuele inschatting van de kosten voor het verlengen van de bewaartermijnen in de Wgbo is weergegeven in onderstaande tabellen. Tabel 2 geeft een raming van de kosten in de huidige situatie (scenario 0), waarbij een bewaartermijn van 15 jaar geldt. Deze raming wijkt af van de berekening voor de Wcz in 2009, omdat de Q en P zijn geactualiseerd. De daaropvolgende drie tabellen geven de cijfers weer voor elk van de drie eerder beschreven scenario's. Per scenario is zowel rekening gehouden met het actuele aantal zorgaanbieders als met de effecten van de digitalisering op de kosten³. De ramingen voor de drie scenario's zijn gebaseerd op brononderzoek en expert judgement van Sira Consulting.

Uit de tabellen blijkt dat in scenario 1 de jaarlijkse kosten voor het bewaren van de dossiers geraamd zijn op circa €37 miljoen (een toename van **€1.283.370,-** per jaar). In scenario 2 bedragen de jaarlijkse kosten circa €38,3 miljoen (een toename van **€2.596.890,-** per jaar) en in scenario 3 bedragen de jaarlijkse kosten circa €39,5 miljoen (een toename van **€3.806.100,-** per jaar). Deze cijfers laten zien dat de kosten hoger worden naarmate de bewaartermijn langer wordt. De reden hiervoor is dat het volume toeneemt van de gegevens die een zorgaanbieder moet bewaren (zie paragraaf 6.2 voor een toelichting)⁴.

Tabel 2. Raming van de kosten van de bewaartermijnen in huidige situatie (scenario 0)

Categorie zorgaanbieder	P		Scenario 0 (15 jaar)	Q	P*Q
	Adoptiegraad digitalisering	Adoptiegraad			
	Papier/digitaal			Aantal zorg-aanbieders	Totale jaarlijkse kosten
Grote instellingen	Papier	49%	€ 12.750	1.176	€ 14.994.000
	Digitaal	51%			
Cure		79%	€ 13.250	790	€ 10.467.500
	Care	31%	€ 13.250	434	€ 5.750.500
Kleine instellingen	Papier	10%	€ 192	1.540	€ 295.680
	Digitaal	90%	€ 202	13.860	€ 2.799.720
Solisten	Papier	10%	€ 39	3.350	€ 130.650
	Digitaal	90%	€ 41	30.150	€ 1.236.150
Totaal				51.300	€ 35.674.200

Tabel 3. Raming van de kosten voor het verlengen van de bewaartermijnen in scenario 1

Categorie zorgaanbieder	P		Scenario 1 (20 jaar)	Q	P*Q
	Adoptiegraad digitalisering	Adoptiegraad			
	Papier/digitaal			Aantal zorg-aanbieders	Totale jaarlijkse kosten
Grote instellingen	Papier	49%	€ 13.500	1.176	€ 15.876.000
	Digitaal	51%			
Cure		79%	€ 13.500	790	€ 10.665.000
	Care	31%	€ 13.500	434	€ 5.859.000
Kleine instellingen	Papier	10%	€ 203	1.540	€ 312.620
	Digitaal	90%	€ 205	13.860	€ 2.841.300
Solisten	Papier	10%	€ 41	3.350	€ 137.350
	Digitaal	90%	€ 42	30.150	€ 1.266.300
Totaal				51.300	€ 36.957.570

Tabel 4. Raming van de kosten voor het verlengen van de bewaartermijnen in scenario 2

Categorie zorgaanbieder	P		Scenario 2 (25 jaar)	Q	P*Q
	Adoptiegraad digitalisering	Adoptiegraad			
	Papier/digitaal			Aantal zorg-aanbieders	Totale jaarlijkse kosten
Grote instellingen	Papier	49%	€ 14.250	1.176	€ 16.758.000
	Digitaal	51%			
Cure		79%	€ 13.750	790	€ 10.862.500
	Care	31%	€ 13.750	434	€ 5.967.500
Kleine instellingen	Papier	10%	€ 214	1.540	€ 329.560
	Digitaal	90%	€ 208	13.860	€ 2.882.880
Solisten	Papier	10%	€ 43	3.350	€ 144.050
	Digitaal	90%	€ 44	30.150	€ 1.326.600
Totaal				51.300	€ 38.271.090

Tabel 5. Raming van de kosten voor het verlengen van de bewaartermijn in scenario 3

Categorie zorgaanbieder	P		Scenario 3 (30 jaar)	Q	P*Q
	Adoptiegraad digitalisering	Adoptiegraad			
	Papier/digitaal			Aantal zorg-aanbieders	Totale jaarlijkse kosten
Grote instellingen	Papier	49%	€ 15.000	1.176	€ 17.640.000
	Digitaal	51%			
Cure		79%	€ 14.000	790	€ 11.060.000
	Care	31%	€ 14.000	434	€ 6.076.000
Kleine instellingen	Papier	10%	€ 225	1.540	€ 346.500
	Digitaal	90%	€ 210	13.860	€ 2.910.600
Solisten	Papier	10%	€ 45	3.350	€ 150.750
	Digitaal	90%	€ 43	30.150	€ 1.296.450
Totaal				51.300	€ 39.480.300

³ Voor grote instellingen is rekening gehouden met het verschil in adoptiegraad tussen Cure en Care instellingen.

⁴ Wij gaan er hier vanuit dat een verlenging van de bewaartermijn in de Wgbo in gelijke mate op zal gaan voor de sectoren Cure en Care. In de sector Cure is er sprake van een geneeskundige behandeling (BW Boek 7 Artikel 446 lid 1.). In de sector Care is er sprake van handelingen in het kader van verplegen en verzorgen van de patiënt (BW Boek 7 Artikel 446 lid 3.).

8 Alternatieve berekening

Wij hebben de kosten van het bewaren van digitale dossiers ook berekend op basis van een onderzoek door M&I/Partners naar de totale ICT-kosten binnen de zorg (2009⁵). Bij dit onderzoek hebben M&I/Partners gekeken naar de ICT-kosten in de care, cure en preventie voor zover de uitgaven onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen. Per deelsector zijn de totale ICT-kosten in kaart gebracht. Daarnaast is een onderscheid gemaakt in het percentage van de ICT-kosten dat besteed wordt aan verschillende aspecten van ICT, zoals software en datacommunicatie. Een relevante ICT-kost voor onze berekening is 'storage', dat wil zeggen het bewaren van data, inclusief het elektronische patiëntendossier.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de alternatieve berekening van de kosten voor de digitale opslag van dossiers. De deelsectoren die in het onderzoek betrokken zijn, omvatten in totaal 80% van de totale omzet in de sector. Daarom is bij het berekenen van de totale ICT-kosten voor de opslag van dossiers 20% opgeteld bij de cijfers uit het onderzoek van M&I/Partners. In totaal bedragen de ICT-kosten voor het bewaren van dossiers circa €41 miljoen. De daadwerkelijke kosten voor het bewaren van digitale dossiers zullen lager uitvallen, omdat zorgaanbieders meer data opslaan dan alleen de digitale patiëntendossiers. Wanneer deze kosten afgezet worden tegen onze raming van de kosten in hoofdstuk 7, kan geconcludeerd worden dat de kosten uit beide - onafhankelijk uitgevoerde - berekeningen van een vergelijkbare orde van grote zijn.

Deelsectoren	ICT kosten	Aandeel storage	Storage kosten
Algemene ziekenhuizen ⁶	€427 miljoen	4%	€17.080.000
Apotheken	€72 miljoen	7%	€5.040.000
GGZ	€156 miljoen	3%	€4.680.000
GHZ	€108 miljoen	3%	€3.240.000
Huisartsen	€76 miljoen	4%	€3.040.000
Ambulancesector	€27 miljoen	1,5%	€405.000
Revalidatiecentra	€20 miljoen	3%	€600.000
Diagnostische centra	€10,5 miljoen	3,5	367.500
Totaal (80%)			€34.452.500
Totaal (100%)			€41.343.000

⁵ Bron: M&I/Partners (2009). Onderzoek naar ICT-kosten in de gezondheidszorg.

⁶ Academische ziekenhuizen vormen een aparte categorie die in deze berekening niet is meegenomen. Vanwege hun onderwijsfunctie en het wetenschappelijk onderzoek dat zij uitvoeren is de hoeveelheid data die zij opslaan niet goed vergelijkbaar met dat van andere zorgaanbieders. Academische ziekenhuizen maken gebruik van 'big data'. Een voorbeeld is dat de mapping van het human genome alleen al 2 Terabyte aan opslagcapaciteit kost. Het meenemen van deze categorie zou dan ook een vertekend beeld kunnen geven van de totale storage kosten.

9 Conclusies

De administratieve lasten van de *verlenging van de bewaartermijnen* voor cliëntendossiers worden *geraamd* op een toename van:

- **€1.283.370,-** per jaar bij een bewaartermijn van 20 jaar (scenario 1),
- **€2.596.890,-** per jaar bij een bewaartermijn van 25 jaar (scenario 2)
- **€3.806.100,-** per jaar bij een bewaartermijn van 30 jaar (scenario 3).

De reden dat de lengte van de bewaartermijn effect heeft op de kosten voor het bewaren van dossiers is dat het volume toeneemt van gegevens die een zorgaanbieder moet bewaren. Wanneer het volume van papieren dossiers toeneemt, moet een zorgaanbieder niet alleen meer ruimte reserveren voor de opslag van de gegevens, maar nemen ook de kosten toe voor het beheer van deze gegevens. Bij digitale patiëntendossiers heeft de lengte van de bewaartermijnen veel minder invloed op de administratieve lasten voor een zorgaanbieder. Het langer bewaren van een digitaal bestand vereist alleen een verhoging van de digitale opslagcapaciteit, waarvoor de kosten beperkt zijn.